



HAL
open science

L'hôpital à l'épreuve de l'obésité: éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique

Jean-Philippe Sajus

► **To cite this version:**

Jean-Philippe Sajus. L'hôpital à l'épreuve de l'obésité: éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2012. Français. NNT: 2012TOU20091 . tel-00830366

HAL Id: tel-00830366

<https://theses.hal.science/tel-00830366>

Submitted on 4 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 2 Le Mirail (UT2 Le Mirail)

Cotutelle internationale avec :

Présentée et soutenue par :
Jean-Philippe SAJUS

Le lundi 24 septembre 2012

Titre :

L'hôpital à l'épreuve de l'obésité - éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique

ED TESC : Sociologie

Unité de recherche :

CERTOP-CNRS, Université Toulouse II Le Mirail

Directeur(s) de Thèse :

Jean-Pierre POULAIN, sociologue, professeur des universités, Université Toulouse II

Rapporteurs :

Gilles BOETSCH, anthropologue, directeur de recherche, CNRS, Université Aix-Marseille II
Claude FISCHLER, sociologue, directeur de recherche, CNRS, Centre Edgar Morin, Paris

Autre(s) membre(s) du jury :

Jean-Paul CLEMENT, sociologue, professeur des universités, Université de Toulouse III
Vincent SIMOULIN, sociologue, professeur des universités, Université de Toulouse II
Patrick RITZ, professeur des universités praticien hospitalier, CHU de Toulouse
Maité TAUBER, professeur des universités praticien hospitalier, CHU de Toulouse

A mon épouse Eliane

A mes enfants Roxane, Nathanaël

& Aurore

Remerciements

Nous exprimons toute notre gratitude à notre directeur de thèse, le Professeur Jean-Pierre Poulain. Durant ces cinq années de recherche, il a été un acteur attentif à l'évolution de notre questionnement. Par ses observations, il a su nous guider pour nous conduire à adopter la posture du sociologue et nuancer notre vision de gestionnaire. Il nous a également amenés à intégrer dans notre réflexion, un ensemble de connaissances directement transposables à des situations professionnelles concrètes. Nous ajoutons que son indéfectible confiance et son amitié au moment où nous étions assaillis par les doutes sur l'orientation à donner à notre recherche, parallèlement à nos bifurcations professionnelles, nous ont aidés à finaliser cette thèse. Nous voudrions associer à ces remerciements son épouse Laurence. Alors que nous empiétons sur la vie familiale, elle a toujours su garder sa bonne humeur.

Nos remerciements s'adressent aux deux rapporteurs de cette thèse, à Messieurs Gilles Boëtsch et Claude Fischler pour l'intérêt porté à nos écrits et plus largement à Jean-Paul Clément, Vincent Simoulin, Maithé Tauber et Patrick Ritz qui nous ont fait l'honneur d'être membre du jury de soutenance.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à trois Professeurs de médecine : le Professeur Olivier Ziegler du CHU de Nancy qui a contribué à amorcer notre travail de recherche ; les Professeurs Maithé Tauber et Patrick Ritz du CHU de Toulouse pour leur caution scientifique et pour nous avoir éclairés sur le chemin de la connaissance de l'obésité. Nous voudrions, en outre, les saluer pour leur engagement, leur disponibilité et leur aide dans la mise en relation avec les professionnels hospitaliers.

A Jean-François Deyriès, Directeur du Centre Hospitalier de la Meynardie, pour sa relecture attentive et avisée avec son amical soutien. Nous lui transmettons bien volontiers le relais. A Cyrille Laporte pour son aide à la mise en forme finale, à Eric

Olmédo compagnon de voyage sur le chemin de la connaissance et plus globalement à l'équipe de l'ISTHIA avec laquelle nous collaborons depuis maintenant une dizaine d'années.

Aux professionnels de santé des Centres Hospitaliers de Castelnaudary, Gourdon, La Meynardie, Montauban et Toulouse. Sans leur aimable concours, cette recherche aurait été inconcevable. Nous leur exprimons toute notre gratitude.

Enfin, ce travail de la maturité n'aurait pas pu être conduit à son terme sans la patience mais aussi les sacrifices de notre épouse et de nos trois enfants. Qu'ils trouvent dans ces quelques mots à la fois le réconfort après l'achèvement de notre thèse et l'expression de notre profonde affection.

Sommaire

INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE : SANTE, OBESITE ET POLITIQUE PUBLIQUE.....	24
Chapitre I : Sociologie de la médecine, sociologie de la santé : histoire d'une transition	26
Chapitre II : L'obésité, d'une question sociale à un enjeu politique	52
Chapitre III : Politique publique et politique de santé publique.....	103
Chapitre IV : Comment l'obésité met à l'épreuve le modèle hospitalier	131
DEUXIEME PARTIE : L'ENTREE DE L'OBESITE DANS L'ESPACE PUBLIC	156
Chapitre V : Problématique et méthodologie de recherche	158
Chapitre VI : Comment l'« instrument » PO participe à la visibilité de l'obésité.....	171
Chapitre VII : Agencement du Plan Obésité et des formes locales de mobilisation	202
TROISIEME PARTIE : L'INVISIBILITE PARTIELLE DE L'OBESITE A L'HOPITAL	239
Chapitre VIII : L'obésité dans l'ombre portée de la dénutrition hospitalière.....	241
Chapitre IX : Le recours à un dispositif de gestion dans le processus de visibilité de l'obésité en institution : le cas d'un hôpital de proximité	255
Chapitre X : Un nouvel instrument au service de la visibilité de l'obésité : la création d'un centre spécialisé en obésité	275
CONCLUSION GENERALE	308
BIBLIOGRAPHIE.....	321

ANNEXES.....370

TABLE DES MATIERES478

Introduction

L'espérance de vie a augmenté de façon remarquable dans les pays industrialisés au cours des cinquante dernières années. Il ressort une progression quasi mécanique du nombre de mois d'espérance de vie gagné par les Français. En 2004, « l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans » (INED, 2005) pour atteindre en 2009, 77,8 ans pour les hommes et 84,5 pour les femmes. Ces remarquables résultats ont longtemps été liés à la diminution de la mortalité infantile, mais ce sont désormais les progrès enregistrés dans la lutte contre la mortalité des adultes qui expliquent cette nouvelle progression. L'espérance d'une croissance « éternelle » (Perruca, 2010) pourrait être très rapidement contrariée par l'arrivée des maladies chroniques, en premier lieu l'obésité.

Selon les enquêtes les plus alarmistes, le rythme élevé de son développement pourrait conduire à très court terme, à en faire la première cause de mortalité dans un pays comme les Etats-Unis (Muennig et Glied, 2010, pp. 2105-2113). Elle serait même en passe de supplanter le tabac. C'est ce qu'affirme une méta-analyse publiée en 2003 par Anna Peeters. Deux ans plus tard, un article de Olshansky (2005) édité dans le *New England Journal of Medicine* reprenait cette thèse non sans susciter quelques polémiques. Plus récemment, cette perspective réapparaissait dans le prestigieux *Lancet* (Whitlock, Lewington, et al., 2009, pp.1083-1096) sous la forme d'une autre méta-analyse conduite en Europe occidentale et en Amérique du Nord, avec un échantillon de 894 576 personnes âgées en moyenne de 46 ans. Les résultats mettraient en évidence que les adultes obèses dans cette tranche d'âge auraient une espérance de vie réduite en moyenne de six à sept ans par rapport à ceux ayant un poids normal, indépendamment du sexe. Dans le cas de l'obésité massive, l'espérance de vie serait réduite comme pour les gros fumeurs, d'une dizaine d'années.

L'obésité se développe partout dans le monde. Selon les épidémiologistes, elle serait une maladie grave aux conséquences considérables sur la santé : cancers, hypertension artérielle, diabète, insuffisance veineuse, hypoventilation alvéolaire, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance cardiaque, arthrose des articulations porteuses..., voici quelques causes d'hospitalisation des sujets obèses avec, pour corollaire, une augmentation des risques de décès prématurés en institution. Les qualificatifs ne manquent pas pour traduire l'ampleur de l'épidémie. A la lecture des unes des journaux ou à l'écoute des émissions de télévision, c'est une véritable guerre qui est engagée contre l'obésité. Emanant de diverses institutions et des sociétés savantes, les rapports se sont succédés à un rythme soutenu ces dix dernières années établissant un constat alarmant sur la progression irrémédiable de l'épidémie. Ils ont contribué à la fois à la médiatisation de l'obésité, mais aussi à la diffusion des connaissances transformant, de cette façon, une question initialement réservée à des spécialistes, en une question de santé publique.

Face aux risques que ferait peser l'obésité sur la santé des individus et aux enjeux économiques que représenterait une progression non maîtrisée des dépenses d'assurance maladie, les autorités publiques ont décidé de prendre le problème à bras le corps. La lutte s'organise dans le monde et plusieurs programmes et politiques de santé publique ont été lancés afin d'enrayer le fléau. En France, c'est directement par la voix du Président de la République qu'a été annoncée, le 20 mai 2010, l'instauration d'une mission de pilotage d'un « Plan Obésité » (PO) dont les orientations ont été présentées en conseil des ministres en juillet 2010. Avec une progression annuelle de près de 6 % par an depuis 1997, la France comptait en 2009, plus de 6 millions d'obèses adultes et plus de 14 millions d'individus en surcharge pondérale, soit 32% de sa population totale. Le phénomène semblerait inexorable et toucherait toutes les tranches d'âges avec une constante : « de génération en génération, on devient obèse de plus en plus jeune : 10 % des Français nés il y a 50 ans sont obèses alors que ce pourcentage est d'ores et déjà atteint chez ceux nés il y a seulement 30 ans », selon la dernière enquête nationale ObEpi-Roche sur la prévalence de l'obésité et du surpoids.

L'hôpital est au cœur de ce problème sanitaire et social. Par sa place centrale dans le dispositif des soins, il va devoir s'adapter à l'afflux des demandes de consultations, d'hospitalisation et d'accueil de personnes dont la maladie se dévoilera lors de leurs séjours dans l'institution, si l'on s'en tient aux projections statistiques. Comme le rappelle Claudine Herzlich, (1976) ou Norbert Elias (1982)¹, et c'est une constante depuis des décennies, l'hôpital est le lieu où l'on vient mourir dans la majorité des cas.

Dans cette situation, il lui faudra repenser sa gestion pour répondre à des objectifs de maîtrise des dépenses de santé publique. Il va devoir aussi redéfinir l'ensemble des modalités de prise en charge, en adaptant son organisation du travail, en aménageant certains dispositifs techniques, tout en tenant compte de l'environnement externe des sujets obèses, pour les accueillir dans le respect et la dignité.

L'obésité à l'hôpital : quels enjeux ?

Le choix de l'obésité comme thématique de recherche, ne s'est pas imposé à nous comme une évidence. C'est à la suite de plusieurs entretiens avec notre directeur de recherche et à la lecture de ses travaux sur l'alimentation et sur l'obésité que nous avons été progressivement sensibilisés à cette question. Ce cheminement a bénéficié d'un concours de circonstances qui nous a fait définitivement basculer dans la thématique. En effet, à la suite d'une mutation au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, il nous a été demandé de définir la politique pluriannuelle d'investissement et d'arrêter l'ordre des priorités institutionnelles. Dans un contexte

¹ Selon le rapport de l'IGAS sur « la mort à l'hôpital » (Lalande et Veber, 2009), environ 58 % des français meurent dans un établissement de santé (49,5 % dans un hôpital public ou privé et 8,4 % en clinique privée). Ces données sont relativement stables depuis des années. Deux explications sont données sur la place centrale de l'hôpital public : une capacité plus importante en lits de médecine par comparaison au secteur privé qui tend à se spécialiser dans la chirurgie et l'obstétrique et, les services de médecine d'urgence et de réanimation situés en majorité dans les établissements publics, dans lesquels se concentrent les décès.

où les ressources sont limitées, l'attribution des moyens est une source d'enjeux et de prestige pour les acteurs hospitaliers. La fenêtre d'opportunité était d'environ quatre mois. Durant cette période cruciale, les dépôts des projets d'investissement s'additionnent et se concurrencent. Il appartient, alors au directeur des achats que nous étions de se confronter au terrain et aux arguments des professionnels pour mieux asseoir la décision. Décision qui intervient à la suite d'intenses et permanentes négociations, où chacun tente de faire valoir son point de vue, en mobilisant « l'intérêt du patient » comme élément de justification. Dans cet espace de négociation, les entretiens avec le Chef de service de diabétologie et d'endocrinologie du CHU, le Professeur Olivier Ziegler, ont été décisifs. Ils nous ont fait prendre conscience des enjeux sanitaires et sociaux de la question et de ses possibles conséquences sur l'organisation hospitalière.

Ces deux experts du champ de l'obésité, à des niveaux différents, nous ont convaincus qu'il y avait, là, matière à engager un travail d'analyse sous un angle peu étudié à ce jour, celui de l'hôpital où nous exerçons depuis maintenant dix-huit ans.

A ce stade de l'analyse, on peut dégager trois types d'enjeux :

Le premier enjeu est relatif aux ressources informationnelles sur lesquelles le gestionnaire va devoir s'appuyer, pour apprécier l'importance d'un problème émergent et éclairer ses choix. Les gestionnaires sont en effet soumis à de nombreuses injonctions sous la pression de l'environnement externe. Ils doivent tout à la fois, appliquer une réglementation contraignante pour garantir la qualité et la sécurité des soins et assurer la maîtrise des dépenses de santé face à une demande de prise en charge toujours plus pressante. Cette information est scindée en deux catégories. Elle est tout d'abord sanitaire et sociale et permet d'évaluer la demande de prise en charge par la collectivité de nouveaux besoins déclinés, au niveau national, par des plans de santé publique : cancer, Alzheimer... et maintenant, l'obésité. Elle est ensuite économique, car les hôpitaux sont soumis à un impératif d'efficience qui touche la quasi-totalité des activités hospitalières. Ces dernières sont assujetties à un instrument de gestion prospectif : la Tarification à l'activité, dite « T2A ». Cette information économique conditionne le développement ou

l'ajustement des capacités hospitalières avec l'ouverture, la fermeture d'activités considérées comme déficitaires, ou leur transformation au profit d'activités porteuses de développement².

Le second enjeu a trait aux ressources économiques. L'obésité nécessite un fort investissement en temps médical et para-médical et en équipements hospitaliers. Cette question prend une dimension nouvelle, avec l'introduction des nouveaux outils de gestion à l'hôpital dont le but est de rationaliser la production de soins. Dans une logique de T2A, ces patients peuvent apparaître comme de nouvelles sources de contraintes par les services, faute de lieu de prise en charge adapté. Cela peut conduire à une sortie prématurée de l'hôpital ou une hospitalisation dans un service inadapté, assimilée alors à « une perte de chance [...] associée souvent à une réhospitalisation à court terme, délétère pour le patient et coûteuse pour la société » (Belmin, 2009, p. 670). Recherche clinique, soins médicaux et pharmaceutiques, prise en charge chirurgicale, action de prévention, formation des personnels..., l'obésité constitue pour l'hôpital une nouvelle exigence en attente de réponses. Avec l'annonce du développement de la maladie, le recours aux soins devrait, par conséquent, évoluer de façon proportionnelle et mobiliser une part toujours plus importante des ressources des établissements de santé.

Le dernier enjeu concerne les ressources humaines. L'obésité ne répond pas aux critères d'une maladie dont la prise en charge serait standardisée en termes de soins. C'est une maladie délicate à appréhender, qui s'accompagne d'un certain nombre de complications qui aggravent son diagnostic. Le Professeur Arnaud Basdevant décrit un processus de prise en charge long en totale opposition à l'attente de résultats rapides, fréquemment exprimés par les sujets obèses, ce qui en fait une « des difficultés majeures de l'exercice » (2004, p. 93). Ces derniers vont s'engager dans un véritable parcours de soins qui consiste pour les professionnels à les accompagner sur la durée par un travail d'écoute, de conseils en diététique

² Cette souplesse de l'organisation hospitalière n'est qu'apparente. Elle s'exerce sous le contrôle des Agences Régionales de Santé qui soumettent à autorisation tout projet de création, de transformation et de conversion d'activités médicales hospitalières.

(information sur les aliments, acquisition de meilleures habitudes alimentaires, préparation des repas), de soutien psychologique, car maigrir, expliquent les nutritionnistes, met en lumière les rapports souvent difficiles de ces personnes à la nourriture et avec les êtres qui les entourent. Enfin, il ne faut pas oublier la prise en charge endocrinologique (hypertension, diabète...) dans certains cas, ainsi que chirurgicale et le suivi post-opératoire. Ce sont des équipes pluridisciplinaires qu'il faut mobiliser : endocrinologues, diététiciens, psychiatres, psychologues, chirurgiens spécialisés en chirurgie bariatrique...

Les solutions classiques proposées pour des maladies aiguës reposant sur une prise en charge limitée dans le temps et sur quelques acteurs de référence sont inopérantes pour ce type de pathologie. L'organisation hospitalière se trouve dans l'obligation de repenser son mode de fonctionnement, ce qui implique pour les professionnels, soit de passer par des arrangements souvent en marge des circuits institutionnels habituels, soit de créer des ponts pour franchir symboliquement les murs de l'hôpital et s'inscrire dans des réseaux aux formes relativement hétérogènes. Les arrangements sont des moyens pour des soignants désemparés face à la maladie, de parer à des situations présentées comme urgentes. Ces pratiques sont certes discutables, mais constituent un moyen de contourner les freins de la prise en charge des sujets obèses dans des établissements ou des services dont les ressources sont inadaptées pour répondre aux besoins. La seconde voie est celle conduite par un ensemble d'acteurs qui se fédère en réseau ou en filière. Il s'agit d'organiser la prise en charge de ces personnes sur les territoires de santé, dans la mesure où l'hôpital n'est pas en capacité d'assurer seul, une prise en charge de la totalité des besoins « tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (article L.6321-1 du Code de la santé publique). Le changement est important pour l'institution hospitalière, car il s'agit pour cette dernière de « redécouvrir ses missions traditionnelles » en passant « d'une logique d'aide à la gestion [...] à une logique de service rendu aux patients » (Fassin, 1998, p. 30).

La sociologie au service du gestionnaire

L'ambition de ce travail de recherche est de mieux comprendre les dynamiques de changement à l'œuvre avec l'entrée de l'obésité dans le champ sanitaire et ses implications au niveau des établissements hospitaliers. D'emblée, les gestionnaires hospitaliers doivent faire preuve d'humilité dans la mesure où, pris par leurs tâches au quotidien, ces changements leur échappent dans une large mesure. Ces derniers sont souvent décrits comme les hommes orchestres de l'hôpital, dont les fonctions relèvent de ce qu'il est convenu d'appeler, « la dialectique du contrôle » (Giddens, 1984, p. 346), c'est-à-dire « la capacité à influencer les circonstances de l'action d'autres acteurs et inversement ». Dans leur rôle premier, leur pouvoir d'influence s'exerce au sommet d'une pyramide hiérarchique où ils se consacrent à l'organisation formelle du travail et à la coordination des professionnels au nom de l'intérêt général. La loi dite « HPST » du 22 juillet 2009 est venue renforcer ce pouvoir, en les nommant à la tête d'un directoire, véritable organe de pilotage de l'établissement de santé. Dans un rôle second, les gestionnaires s'emparent de la dimension politique de leur fonction dont le cadre d'intervention dépasse les seules ressources internes à l'hôpital. Ils s'inscrivent alors dans un réseau partenarial avec des acteurs externes (Ministères, ARS) qui représentent pour Jean-Paul Domin (2011), « la nouvelle bureaucratie » hospitalière dans le sens où, par leurs capacités à maîtriser, à mobiliser les ressources nécessaires à l'activité hospitalière et à agir sur l'offre de soins par un ensemble d'instruments techniques de régulation (Programme Régional de Santé, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, Plan de Retour à l'Equilibre Financier...), ils construisent l'ensemble de la politique hospitalière.

Entre dépendance et autonomie, les gestionnaires hospitaliers sont tenus à la fois de répondre aux injonctions « à faire », comme appliquer les directives des autorités sanitaires, mais aussi de prendre des initiatives pour anticiper une demande sociale qu'ils ont perçue. La prise en charge de l'obésité et sa prévention relèvent de cette préoccupation. Et c'est bien là qu'apparaît la nécessité, pour ces gestionnaires, de recourir à la sociologie. Il ne s'agit pas, pour reprendre Renaud Sainsaulieu (Uhalde, 2001, pp. 8-11), de chercher à devenir un gestionnaire innovant ou audacieux, mais

il s'agit dans un environnement en mouvement, de recourir à la discipline pour comprendre les enjeux économiques, sanitaires et sociaux de la maladie, pour mieux organiser sa prise en charge et procéder aux arbitrages. La sociologie, à l'image de la photographie, joue le rôle de révélateur pour le manager hospitalier. C'est « une paire de lunettes » qui lui dévoile, au grand jour, « ce que ce dernier ne voit pas, ne veut pas voir ou ce dont il ne tient pas assez compte » (Morin et *al.*, 2000, pp. 7-9).

Car, il ne faut pas s'y tromper, la prise en charge de l'obésité est une question qui ne se réduit pas, selon le Professeur Arnaud Basdevant (2004, p. 93), à un examen clinique consistant à « faire maigrir en imposant un régime plus ou moins rationnel et sophistiqué ». Ce serait, en effet, prioriser l'individu au détriment du collectif et donner la primauté à la génétique sur les autres facteurs socio-économiques. La génétique³ est très régulièrement mise en avant dans le diagnostic de la maladie. Or, selon les individus, sa contribution à l'obésité est estimée entre 25 et 40 % (Apfelbaum 2009).

Cette observation est loin d'être neutre, car elle s'oppose à l'idée du « tout génétique » qui masque d'une part, un discours stigmatisant porté par des politiques et de l'autre, un enjeu économique avec la pression de l'industrie pharmaceutique. Des médecins français se sont en effet érigés contre les propos culpabilisateurs tenus outre-manche par des conservateurs anglais qui « considèrent l'obésité et ses conséquences comme des pêchés dus à la faiblesse de caractère dont le traitement ne devrait pas être pris en charge par la société », mais aussi contre l'idée « que les parents sont coupables de l'obésité de leurs enfants et qu'il faut leur enlever la garde afin de les protéger d'une éducation laxiste » (Froguel, 2010). Les enjeux économiques de l'obésité sont de première importance. Les investissements réalisés par l'industrie pharmaceutique dans la recherche et le développement de molécules « anti-obésité », durant les trente dernières années, sont absolument considérables. Ils n'ont, pour le moment, abouti à aucune solution efficace, ce qui fait dire à certains

³ Les connaissances scientifiques actuelles tirées des études menées sur des jumeaux et des familles permettent de conclure à l'existence de plusieurs gènes prédisposant les individus à la prise de poids. Elle est qualifiée de maladie « polygénique » « avec au moins 40 gènes ou régions chromosomiques potentiellement impliqués dans l'obésité » (Lecerf, 2001).

« que la consommation médicamenteuse massive ne peut, en aucun cas, être la réponse univoque à ce déséquilibre » (Dargent, 2005). Mais ce « *fat business* » ne se limite pas, bien entendu, à cette seule industrie. Se développe, parallèlement, un marché de produits présentés comme des « produits santé », largement investi par les industriels de l'agroalimentaire.

A la composante génétique, il faut associer des facteurs socioculturels tenant à des habitudes alimentaires et à la sédentarité des modes de vie, mais également d'autres données comme l'accès aux messages de santé, l'influence de la publicité, le poids de l'industrie agro-alimentaire... C'est aussi un facteur de différenciation sociale, car l'obésité frappe en priorité les milieux sociaux dits « défavorisés » contrairement aux catégories les plus aisées, relativement épargnées par ce fléau. Ce marqueur d'appartenance est une source de fragilisation, pour ne pas dire de souffrance, chez des individus victimes de stigmatisation et de discrimination. Les échanges avec les médecins nutritionnistes ou les diététiciens mettent clairement en évidence que, derrière la demande de régime alimentaire pour un motif de santé, se dissimule chez les individus et plus particulièrement chez les femmes en consultations, une préoccupation liée à l'apparence physique. L'analyse dépasse bien entendu le contexte national pour s'étendre à l'échelle internationale, l'OMS ayant qualifié l'obésité « d'épidémie mondiale ».

A l'aune de ces quelques éléments, on peut mesurer les dimensions sociales de l'obésité. Il n'est donc pas étonnant que la sociologie se soit emparée de cette question. En France, Jean-Pierre Poulain s'est imposé comme un des auteurs de référence en la matière. Dans un entretien accordé en juillet 2009 au magazine *Actualité Sociale Hebdomadaires* (2009, pp. 42-43), il explique comment la discipline sociologique éclaire la problématique de l'obésité d'un triple point de vue : « le premier se met au service de l'épidémiologie en mobilisant les cadres théoriques et les outils des sciences humaines et sociales pour identifier les déterminants sociaux de l'obésité ; le second, fidèle à la tradition critique de la sociologie française, étudie dans une perspective historique la transformation du regard scientifique et social sur la corpulence et dans la perspective de la sociologie des sciences s'intéresse au fonctionnement des sciences de l'obésité (épidémiologie, nutrition, chirurgie,

psychiatrie...) ; le troisième essaie de contribuer à la mise en place de politiques de lutte contre le développement de l'obésité en identifiant les déterminants sociaux sur lesquels celles-ci pourraient agir ».

L'entretien condense les perspectives abordées dans son ouvrage « Sociologie de l'obésité » (2009) dont certains développements ont contribué à orienter notre problématique. En particulier, l'étude des controverses scientifiques nées de l'estimation du nombre de morts imputable à l'obésité. A l'origine de cette controverse, la publication de deux études aux résultats fortement opposés. La première, dont l'auteur est Ali Mokdad, annonce le chiffre édifiant de 400 000 morts par an aux Etats Unis en 2004, alors que la seconde, réalisée par Katherine Flegal, avance un chiffre quinze fois inférieur au premier, soit 25 800 morts en 2005. Ce qui est remarquable, c'est la mise au jour de la scénarisation de ces données dans une dramatisation de l'obésité. Les travaux de Mokdad mettent en lumière comment le discours, jusqu'alors centré sur les facteurs de risque, va être relayé par les médias et se radicaliser pour prendre une tournure plus anxiogène avec le recours à une terminologie de crise (« maladie mortelle », « l'obésité tue », une « hécatombe », une « pandémie ») couplée aux annonces sur la baisse de l'espérance de vie et au coût de la maladie supporté par la société.

Tout ceci s'inscrit dans un contexte plus large décrit par Robert Castel. Selon l'auteur, la dramatisation du risque laisse à penser aux individus que l'avenir est placé, non plus sous le signe du progrès de la civilisation, mais de la menace « comme au temps des illusions perdues » (2009, p. 36). Ulrich Beck parle d'un « choc anthropologique » qui ravive des comportements « hérités d'un autre âge », qui sont « les nouveaux signes avant-coureurs d'un Moyen Age moderne du danger » (1986, p. 15).

Certains ont vu, dans cette construction théâtrale, le moyen de faire émerger dans l'espace public, une maladie jusqu'alors « invisible », en jouant sur les ressorts de la peur liée aux crises alimentaires et à la dénonciation de la « malbouffe », thématique particulièrement exploitée au début des années 2000. Jean-Pierre Poulain, fait de cet événement le début d'un processus de médiatisation, dans lequel

viendront s'encadrer d'autres phénomènes comme la valorisation de la minceur dans les sociétés modernes, la médicalisation de l'alimentation, ou encore sa judiciarisation. Cette mise en débat de l'obésité permet d'enclencher un processus justifiant et prolongeant l'entrée en scène des politiques. Lesquels, face à la crainte d'être accusés d'immobilisme ou par souci d'éviter un nouveau scandale sanitaire, en viennent à s'approprier la thématique pour l'inscrire sur l'agenda politique. Cette mise en alerte des pouvoirs publics trouve une justification dans la nécessité de leur faire prendre conscience de l'ampleur de la maladie et des risques associés pour les inciter à mobiliser des moyens.

D'autres, dénoncent de telles pratiques, dont un des objectifs sinon le seul, serait de défendre les intérêts de groupes de pression ou d'intérêts catégoriels. La dramatisation joue alors le rôle d'effet d'aubaine. Le poids supposé de la surmortalité attribuable à l'obésité va servir d'argument à des groupes de pression, comme l'agroalimentaire, ou encore la pharmacie, pour défendre leurs produits ou leurs programmes coûteux de recherche. De même, des « agences » de recherche trouvent là, un levier pour négocier des crédits supplémentaires. Ce qui est malgré tout surprenant, c'est la capacité de ces acteurs à convaincre les politiques à engager des programmes d'actions en l'absence de résultats scientifiques probants et de toute évaluation des actions réalisées.

On peut tout à fait établir un parallèle avec un autre dossier sanitaire récent, celui du virus de la grippe A dite « H1N1 ». Alors même que les incertitudes étaient nombreuses sur les données épidémiologiques, la dramatisation de la situation a été entretenue par des messages pour le moins alarmistes sur la propagation rapide du virus dans le monde et sur l'estimation du nombre de morts. Ulrick Beck (1986), lorsqu'il revient sur la catastrophe de Tchernobyl, fait la parfaite démonstration que « ce n'est pas une défaillance qui produit la catastrophe, mais les systèmes qui transforment le caractère proprement humain de l'erreur en d'incompréhensibles puissances de destruction ». En l'absence de connaissances, les autorités publiques en sont réduites à engager d'importantes mesures préventives de santé publique (commande massive de doses de vaccination, de masques de protection, mobilisation des équipes hospitalières...), pour répondre au principe de précaution.

Et par un effet de boomerang, elles ont été mises en accusation. La gestion de la campagne de vaccination de la grippe H1N1 a fait naître des controverses, avec d'importantes critiques adressées à l'OMS et à ses experts, compte tenu de ses supposés liens d'intérêts avec le lobby pharmaceutique et du fait du gaspillage de l'argent public. Face à un investissement évalué à 869 millions d'euros pour l'achat de 94 millions de doses et du faible taux de vaccination de la population française, l'hebdomadaire *Le Point*, dans son édition du 4 janvier 2010 (Gros de Larquier, 2010), reprenait les propos critiques de quelques députés français issus des différents partis politiques. Ces derniers regrettaient, en effet, que le principe de précaution ait été poussé à l'extrême et qu'il aurait mieux fallu, avant de passer commande aux laboratoires, s'inspirer des exemples des pays étrangers où « les études disponibles étaient beaucoup moins alarmistes ».

Les controverses nous aident à nous dégager d'une approche purement « naturaliste » de l'obésité, déclare Claude Gilbert *et al.* (2009, pp. 9-33), c'est à dire de l'état d'une maladie que l'on aurait découvert et qui, compte tenu de sa gravité, imposerait aux pouvoirs publics de réagir pour assurer sa prise en charge. Pour reprendre Henri Amblard *et al.* (2005, p. 137), elles précèdent « ...toujours un énoncé scientifique » et c'est en les étudiant « que l'on peut saisir le fait en train de se faire ». Elles mettent en évidence que la maladie est une construction sociale et qu'au terme d'un processus de jeux d'acteurs ou d'institutions, elle accède à la publicité par sa mise à l'ordre du jour de l'agenda politique.

La délimitation du cadre de la recherche

L'hôpital constituera le terrain spécifique de notre recherche. Nos fonctions de gestionnaire dans des structures de proximité, ou dans des structures dotées de plateaux techniques spécifiques comme les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), nous ont apporté une certaine connaissance du système de santé public. Nous avons envisagé initialement de placer l'hôpital au cœur de la prise en charge de l'obésité. Or, très rapidement, au fil de notre questionnement, des rencontres avec les professionnels de la santé et des annonces des autorités publiques, nous

avons dû corriger notre « aveuglement organisationnel ». La progression de la maladie, ses caractéristiques propres, conduisent invariablement à penser le système de soins différemment en prenant en compte l'environnement externe, pour s'échapper du cadre strict des soins hospitaliers. L'hôpital occupe, bien entendu, une place essentielle dans le dispositif actuel des soins. La maladie le sollicite dans ses missions de prévention, d'animation des professionnels de santé, dans sa zone géographique de desserte, de prise en charge diversifiée en terme sanitaire et social, ou de plateformes de service. Mais, l'obésité interpelle également une pluralité d'acteurs parmi lesquels, des structures médico-sociales, la médecine libérale, des services de soins à domicile, et bien évidemment les usagers eux-mêmes.

Le terrain de l'obésité n'est pas vierge de toute initiative en matière de coopération. Depuis dix ans, différentes initiatives publiques et privées ont vu le jour. Des dispositifs sociaux se sont construits, se sont structurés, cherchant à créer des irréversibilités. Elles prennent la forme de réseaux ou de filières de soins ou de santé. Nos entretiens nous ont amenés à nous intéresser à deux formes collectives très similaires par leur objet, la prévention de l'obésité chez l'enfant, mais qui ont emprunté des voies très différentes pour s'imposer comme des acteurs incontournables dans leur domaine d'expertise. Il s'agit du programme Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants » (EPODE) et des Réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique (RePPOP).

Bien qu'il soit encore trop tôt pour le démontrer, l'introduction du plan obésité (PO) en 2010, devrait reconfigurer, sous un nouveau jour, les relations entre les acteurs engagés dans la prise en charge de l'obésité. La conception d'un méta-instrument de pilotage de la politique de lutte contre l'obésité tel que le PO, est, en soi, une nouvelle ressource à la disposition des acteurs du champ de l'obésité. Il agrège différentes composantes normatives, matérielles et informationnelles qui structurent l'action publique. Reste à savoir comment cet outil, qui devient un « passage obligé », pour reprendre l'expression de Pierre Lascoumes et Patrick le Galès (2004), va parvenir à combiner des dispositifs hétérogènes déjà existants au niveau des territoires et comment il va s'incarner à l'échelle de l'hôpital, dans la gestion quotidienne. Quoi qu'il en soit, cet instrument ouvre de nouvelles

perspectives plus macro-sociologiques et il sera intéressant d'observer la façon dont il va organiser au niveau national, et local, le champ de l'obésité. Il faut toutefois ajouter qu'il existe déjà une série d'instruments législatifs, réglementaires, ou à vocation informationnelle, traitant de cet objet. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) doit être cité. Mais comme son nom l'indique, la nutrition est la thématique centrale et couvre un champ bien plus large que notre questionnement. La nouveauté de ce plan, qui s'adosse au PNNS dans sa troisième version, est la centralité du thème de l'obésité.

Ces perspectives compléteront nos premières investigations. Nous avons conçues initialement, une démarche de type *bottom-up*, afin d'appréhender les logiques d'acteurs au niveau local, leurs combinaisons et de mesurer les résultats présentés comme encourageants. L'arrivée de ce nouvel instrument ouvre la voie à un nouveau paradigme, où la recherche de solutions passerait par l'autorité centrale qui aurait pour fonctions de légitimer le problème, mobiliser l'action collective, formaliser un plan d'actions et le mettre en œuvre. Cette démarche est guidée par un raisonnement de type *top down* où les autorités de régulation sanitaire sont sollicitées aux différents niveaux de la hiérarchie administrative, pour apporter leur pierre à l'édifice de la prise en charge, du traitement et de la prévention de l'obésité.

Cette mise en perspective soutient l'idée que la construction d'une politique publique dans notre domaine de recherche, repose sur un changement où rentrent en interaction un processus d'institutionnalisation de l'obésité par les autorités publiques d'un côté, et de l'autre, la dynamique des relations sociales au niveau local. Comme nous le verrons, cette dynamique locale suppose, à sa base, l'impulsion d'un individu. A l'appui de ses ressources personnelles (cognitives et/ou matérielles), il impulse une forme particulière de réseau qui, dans le temps, peut s'encastrier à une nouvelle entité (associations, établissements publics...), ou se découpler de sa forme initiale.

Plan

Notre recherche est organisée en trois parties. La première est consacrée à une revue de littérature elle-même centrée sur trois thématiques principales : la première a trait à la santé, objet de recherche qui ne peut se réduire à ses dimensions biologiques, tant il est immergé dans le social et façonné par lui. Pour aborder cette question, une analyse socio-historique sera particulièrement utile. Elle soulignera que, si la médecine et la santé sont souvent couplées, elles renvoient à des réalités différentes et correspondent à une transition avec le passage d'une sociologie de la médecine vers une sociologie de la santé (**Chapitre I**). Pour Albéric Hounounou (2007, p. 57), cette « distinction est nécessaire pour que la science puisse servir à la direction de la conduite ».

La deuxième thématique est celle de l'obésité elle-même. Les travaux qui s'y rapportent, ont donné naissance à une « sociologie de l'obésité » (**Chapitre II**). Alors que l'on aurait pu penser que l'obésité serait confisquée par la santé, elle est en définitive redevable à d'autres thématiques, comme la nutrition ou plus généralement l'alimentation. L'obésité, correspond à un objet d'étude à plusieurs entrées et pour l'appréhender, il faut se dégager des représentations habituelles du corps, car c'est un objet complexe, « hybride » (Dargent, 2005), où les représentations culturelles sont associées aux dimensions sociales, économiques et de santé publique. La prise en compte de la dimension sociale de l'obésité a ouvert le champ à des études multiples touchant la nutrition, l'éducation, les modes de vie, le travail... autant de paramètres en interaction dont l'influence sur l'obésité est à l'origine d'importantes controverses.

La troisième thématique, porte sur les politiques publiques et par extension aux politiques publiques de santé (**Chapitre III**). L'étude des politiques publiques a été consacrée comme un véritable objet scientifique qui emprunte à différents champs de la sociologie, mais aussi au droit, à l'économie, à la gestion, à la psychologie... Qualifiée par Pierre Muller (1990), de « Science de l'Etat en Action », elle tire ses origines des Etats Unis, dans les années 1930. L'objectif n'est pas de procéder à une

étude sur l'évolution historique des politiques de santé publique, mais de présenter les modifications conceptuelles de l'action publique avec l'émergence de nouvelles manières d'aborder politiquement les questions de santé publique et de les prendre en charge. L'Etat, dans cette redéfinition de l'action publique, n'est plus au centre de l'analyse, mais s'inscrit dans une structure d'interactions qui associent des acteurs publics et des acteurs privés. Sous l'effet de la croissance économique, de la mondialisation des échanges, de profonds bouleversements ont été observés. Ce vaste mouvement, qui a touché en priorité le secteur industriel, n'a pas épargné l'Etat et l'ensemble de ses activités, dont la santé. Il n'est plus le seul à décider, à prendre des initiatives, à orchestrer la mise en œuvre des politiques publiques sur la scène nationale. En observant comment ce dernier est mis en débat au cours d'une période longue, il est possible d'appréhender les différents acteurs qui gravitent dans la sphère des politiques publiques et d'apprécier leur capacité à peser sur le débat public.

Cette revue de littérature participe en fin de compte à un double objectif. Elle facilite la prise en compte des interdépendances entre deux niveaux d'analyse : le contexte institutionnel, avec une dimension macro-sociologique relative à la construction d'une politique de santé publique dans le domaine de l'obésité et une dimension micro-sociologique permettant d'identifier les structures qui participent à sa prise en charge, en particulier l'hôpital vers lequel convergent la médecine et la santé **(Chapitre IV)**.

Le cadre conceptuel ainsi posé, nous aborderons dans le chapitre introductif de la deuxième partie de la thèse, la problématique **(Chapitre V)**. Elle tente de prendre en compte le paradoxe politique et sanitaire de l'obésité avec, d'un côté, sa mise en lumière dans l'espace public accompagnée par une forte (voire sur) médiatisation, qui la pose en problème de santé publique de première importance et de l'autre, au niveau des structures hospitalières, une invisibilité partielle de la maladie. Nous étudierons, par conséquent, la façon dont l'Etat a décidé d'embrasser une question aussi complexe, comment la politique de lutte contre l'obésité s'est institutionnalisée à travers la création d'un instrument spécifique, le Plan Obésité. Cet instrument impulsé par l'échelon central soulève, de toute évidence, une série de questions. Les

premières sont relatives à sa fabrication, à sa capacité à rendre visible la maladie prise au milieu d'autres instruments plus anciens qui sont des plans et des programmes de nature différente, mais dans lesquels la prévention de l'obésité est mise en avant de façon plus ou moins explicite (**Chapitre VI**). Les secondes portent sur sa capacité à s'articuler à des dispositifs existants au niveau local. Pour alimenter cette réflexion, deux expériences de réseaux seront ainsi exposées (**Chapitre VII**) : l'une, d'initiative privée, est celle du réseau EPODE. La seconde d'initiative publique, est celle du RePPOP de Toulouse. Par-delà la fonction de cadrage du Plan Obésité, nous nous efforcerons de démontrer que ces deux expériences ont en commun de permettre au réseau de s'autonomiser par la construction de rapports innovants, en associant à la prévention de la maladie, organismes publics et privés qui participent à leur légitimation.

La troisième partie de cette recherche se placera résolument au niveau du terrain hospitalier et engagera, depuis la sociologie, notamment la sociologie des organisations, le dialogue avec les sciences de gestion et avec l'économie. Partant de l'étonnant contraste entre d'une part, les annonces alarmistes du développement de l'obésité et le risque d'implosion de notre système de santé et d'autre part, une réalité hospitalière où elle est presque invisible dans les services de soins, elle s'intéressera aux causes de cette invisibilité de l'obésité dans un hôpital de proximité. Tout d'abord, elle analysera la première cause qui tient au succès institutionnel d'une autre thématique touchant à l'alimentation, celle de la dénutrition hospitalière. Mieux conceptualisée et opérationnalisée, articulant différents services de l'organisation hospitalière, celle-ci mobilise voire accapare une part bien plus importante des ressources (temps, compétences...) hospitalières (**Chapitre VIII**).

Puis, à partir du système d'information hospitalier, nous tenterons de rendre visible l'obésité dans un hôpital de proximité (**Chapitre IX**). C'est une démarche nécessaire pour apprécier son coût et justifier alors, l'engagement des dépenses, qui répondront à une situation présentée comme urgente. Nous verrons que dans certains établissements de santé comme le CHU de Toulouse, où des médecins ont lancé l'appel à la mobilisation, le plan obésité vient à leur soutien avec la création d'un nouvel espace de visibilité : un centre spécialisé en obésité. Cette construction,

impose à l'établissement de soins de sortir de ses murs. Elle le pousse à réfléchir à de nouvelles formes de travail qui supposent une action coordonnée avec la médecine de ville, les associations des patients et les malades eux-mêmes, reconnus comme des partenaires à part entière dans la prise en charge et non plus comme de « simples » bénéficiaires passifs de soins **(Chapitre X)**.

Première partie : Santé, Obésité et Politique Publique

Cette première partie a pour objectif de poser un cadre théorique, en organisant une réflexion autour des différents champs de la sociologie qui incluent, ou qui sont à la frontière de notre recherche. Elle prend appui sur une revue générale de littérature qui permet de mobiliser, à partir d'ouvrages et de revues scientifiques en langue française ou anglo-saxonne, les domaines de la médecine, de la santé, des politiques publiques et du travail. Compte tenu de la densité des travaux, cette revue de littérature se veut sélective. Elle rendra compte de l'état de la recherche et pointera les consensus et les controverses dans ces différents segments de la discipline. La sociologie, dans chacun de ces champs apporte, en effet, de nouvelles perspectives utiles à la compréhension de notre thématique. Ce cadrage théorique est une étape préalable indispensable. Il sert de référence pour situer notre thèse et donner des repères à la problématisation et la construction de notre objet de recherche.

L'obésité aurait des causes multifactorielles, où seraient associés des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux, ce qui en ferait une question qui mobiliserait autant la « médecine » que la « santé ». En s'imprégnant du social, l'obésité, placée sous les feux de l'actualité, va basculer dans le champ du politique et constituer un élément important de son action dans la mesure où les autorités publiques considèrent que sa prévention et sa prise en charge sont cœur de ses missions. Ce faisant, l'obésité traverse l'hôpital qu'elle va mettre sous tension en raison de sa position centrale dans l'espace sanitaire. Partant de ce cheminement, notre réflexion sera structurée en quatre chapitres. Le premier clarifiera les rapports entre la médecine et la santé, pour aborder dans un deuxième chapitre, la question de l'obésité au cœur de notre recherche. Nous examinerons, dans un troisième chapitre, les fondements de sa prise en charge par l'intermédiaire de la construction

des politiques de santé publique avant d'ancrer notre sujet dans le cadre spatial de l'hôpital, dans un quatrième chapitre.

Chapitre I : Sociologie de la médecine, sociologie de la santé : histoire d'une transition

« Sociologie de la médecine », « sociologie médicale », « sociologie de la maladie », « sociologie de la santé », voilà la première difficulté, de type sémantique, qu'il nous faut contourner à l'issue d'une revue de littérature, d'où il se dégage une certaine confusion dans l'utilisation de cette terminologie. S'agit-il en fait, de branches séparées ou de branches complémentaires au sein d'une même discipline ? D'emblée, un travail de clarification s'impose avec la médecine et la santé qui sont parfois deux notions indifféremment utilisées, alors qu'elles renvoient à des réalités différentes. Derrière ces deux rubriques, se cachent des activités qui structurent deux champs d'étude, celui de la sociologie de la médecine et celui de la sociologie de la santé. Ce chapitre n'a pas pour finalité de dresser un historique de ces deux champs. Nous préciserons simplement que l'intérêt des sciences sociales pour la matière est relativement récent. C'est après la seconde guerre mondiale et avec l'appui de figures marquantes de la sociologie américaine, qu'elle va acquérir son statut de « spécialité émergente de la sociologie » (Carricaburu et Ménoret, 2004). Nous nous contenterons de mobiliser les principaux concepts qui ont forgé la discipline et qui éclaireront notre recherche.

1. La médecine et la santé : complémentarité des champs d'étude

Il ne s'agit en aucun cas, de deux branches autonomes au sein de la sociologie. La santé et la médecine dans un processus d'évolution qui a duré près de cinquante ans, sont deux dimensions qui ont fini par s'encastrent.

1.1 Le contenu des notions de médecine et de santé

La médecine est un terme d'une grande richesse polysémique et vouloir en donner une définition fine relève de la gageure. Si l'on reprend l'expression latine, *médicus*, la médecine renvoie, à la fois, à une pratique, « *qui soigne, qui guérit* » et à l'exercice d'un métier, celui du « médecin ». Dans sa première composante, la notion se décline comme une science, dont l'objet est d'étudier le corps humain et son fonctionnement dans le but de dresser un diagnostic pour soulager les douleurs physiques et psychiques des individus. Il est, ici, question de maladies, de symptômes, de signes cliniques de l'appareil locomoteur, de mobilisation d'un ensemble de savoirs relevant de la sémiologie médicale, mais également, du développement d'un savoir-faire et d'un savoir être dans la relation au patient. Ces savoirs sont le fruit d'un long travail d'apprentissage.

La santé présente les mêmes difficultés au niveau de sa définition. Certains auteurs d'ailleurs, ont renoncé à en préciser les contours : « Pourquoi définir la santé ? La quête même de cette définition est millénaire » (Durand, 1996). Elle dépend de la propre perception qu'en a chaque individu, de l'appartenance à une culture et à une époque. Pourtant, les rédacteurs la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé⁴ s'y sont aventurés en établissant une liste de neuf principes (Illustration 1) :

⁴ La Constitution adoptée par la Conférence internationale de la santé a été entérinée par les représentants des soixante et un Etats membres des Nations Unies le 22 juillet 1946 à New York. Elle est entrée en vigueur le 7 avril 1948. La Constitution a été amendée les 3 février 1977, 20 janvier 1984, 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005.

Illustration 1. Définition de la santé en neuf principes selon l'OMS

1. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
2. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
3. La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.
4. Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
5. L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.
6. Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale : l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
7. L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.
8. Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
9. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples : ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

Cette définition est celle qui est la plus régulièrement citée dans la littérature spécialisée, avec la mise en valeur du premier principe. Elle est controversée car, elle serait « idéaliste », « trop statique », « inopérante », et constituerait un « cache misère démagogique » (Lacourse, 2006). Il lui est surtout reproché de devenir une nouvelle norme à atteindre pour chaque individu ou groupes d'individus alors que la santé ne serait pas un état immuable. Ce serait un état instable, un « état subjectif » (Siebert et *al.*, 2010), pouvant aboutir à certaines incohérences : « on peut se sentir en complet bien être physique, psychique et social et être porteur d'une maladie mentale sans en avoir conscience, tout comme il est possible de se sentir dans un état de bien être parfait et avoir un comportement alimentaire aberrant ».

Toutefois, si cette conception de la santé est loin de faire l'unanimité quelques auteurs tels que Marie-Françoise Collier (2001), reconnaissent un véritable apport de la définition de l'OMS. A la différence d'une acception datée, la santé ne s'entendrait plus seulement comme une « absence de maladie ». En effet, par opposition à cette vision radicale, l'individu pourrait connaître une modification de ses capacités

biologiques sans pour autant perdre la santé, cette dernière étant seulement altérée de façon passagère. L'auteur en tire certaines conséquences au niveau de l'action sanitaire dans la mesure où, « lorsqu'il y a maladie, il importe bien davantage d'utiliser tout ce qui reste de santé, c'est-à-dire de capacité de vie, pour lutter contre la maladie plutôt que de se centrer uniquement sur la maladie elle-même. »

La définition de l'OMS présente l'avantage de mettre en évidence les relations entre trois composantes qui interagiraient sur la santé à savoir : le physique, le psychique et le social. C'est une approche nouvelle qui offre une dimension globale dépassant l'aspect exclusivement somatique. La santé, par ailleurs, ne se limiterait pas au seul discours médical qui la réduirait à une « opposition entre normal et pathologique (Carricaburu et Ménoret, 2004). C'est une notion qui se révèle bien plus complexe à appréhender car cette dernière se trouverait enserrée dans une dynamique où la biologie, la génétique doivent composer avec des facteurs liés au mode de vie, à l'environnement, au système de santé ainsi qu'à des déterminants sociaux.

1.2. Les déterminants de la santé

Il est intéressant de noter que le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a constitué six commissions spécialisées dont une en charge de la prévention et des déterminants de la santé. Depuis sa création en 1991, cette institution publie régulièrement un rapport sur l'état de la santé en France, où sont recensés des indicateurs de santé comparatifs accompagnés d'un important travail d'analyse et de prospective. En 2002, une synthèse de ces rapports a été réalisée pour constituer un « Recueil des principaux problèmes de santé en France ». Il établit, à côté des déterminants biologiques et génétiques, une radiographie des déterminants économiques, sociaux ou psycho-sociaux qui sont autant de leviers d'action sur lesquels les pouvoirs publics doivent agir⁵ pour préserver la santé des individus.

⁵ L'OMS en 2004 (Richard Wilkinson et *al.*) a publié un rapport portant également sur cette question. Dix déterminants sociaux ont été isolés. On les retrouve dans le recueil du HCSP.

Nous avons procédé à une synthèse croisée de ces déterminants pour les regrouper sous trois rubriques principales.

La première, est relative aux transports et la sécurité routière. Cette rubrique est découpée en deux subdivisions avec : les comportements à risque des usagers de la route qui tiennent à la fois au non-respect des consignes de sécurité (port du casque, de la ceinture de la sécurité, fatigue au volant...) qu'à l'usage excessif de substances ou produits parfois illégaux (alcool, médicaments, drogues) ; l'aménagement des voies de circulation et des véhicules avec, d'un côté, l'entretien et l'aménagement des routes relevant de l'autorité des collectivités publiques et de l'autre, la performance de véhicules placés sous la responsabilité des constructeurs.

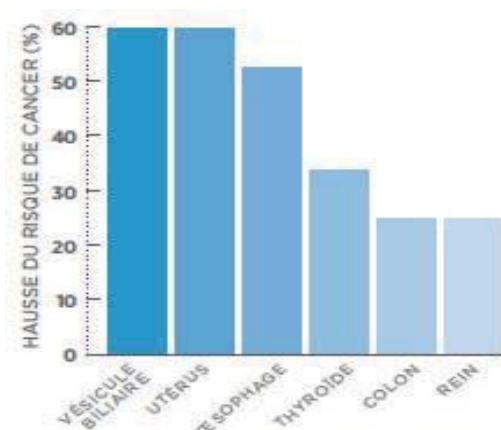
La seconde concerne les accidents de la vie courante : l'âge et la prise en charge des victimes sont, ici, deux nouvelles rubriques. Les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées sont les populations les plus exposées. Il est à noter, selon le rapport, qu'un lien existe entre les risques d'accident et le niveau socio-économique, celui-ci s'accroissant chez les enfants issus des classes défavorisées. Il s'agit principalement des accidents domestiques (brûlures et intoxications) au domicile, plus particulièrement dans les cuisines. Pour les personnes âgées, ce sont les chutes à l'origine de fractures qui sont mises en exergue. La prise en charge des victimes des accidents joue, en outre, sur le niveau des séquelles restantes. Plus celle-ci est rapide et de qualité avec la présence sur les territoires de santé d'une unité de régulation des appels téléphoniques (« Centre 15 ») pour les urgences, plus les risques de séquelles diminuent.

La troisième rubrique a trait à l'environnement et les habitudes de vie : pour ce qui concerne l'environnement, il s'agit d'opérer la distinction classique entre l'environnement physique de l'individu, c'est à dire tout ce qui touche à son habitat, les conditions de travail, les produits consommés avec la présence plus ou moins importante de contaminants dans l'eau, l'air... et l'environnement social de l'individu avec son niveau de vie, sa formation, ses conditions de vie et de travail, son réseau social. La pollution atmosphérique, la qualité de l'habitat (surchauffé, humide, mal aéré, présence d'animaux domestiques...), l'environnement du travail (poussières

toxiques), constitueraient des sources potentielles de risque de cancers. S'y ajouteraient, pour ce dernier facteur, la nature des charges de travail (port de charges, manipulation d'objets dangereux), le manque de formation des salariés, de coordination des tâches au travail, le développement de contrats de courte durée, de l'intérim, du stress, susceptibles de provoquer des accidents de travail.

Les habitudes de vie seraient étroitement corrélées à l'environnement social des individus. Elles engloberaient l'ensemble « des facteurs sur lesquels les personnes peuvent exercer un certain contrôle » (Lacourse, 2006), c'est à dire la consommation d'alcool, de tabac, de psychotropes, d'acides gras saturés... L'usage du tabac ou de l'alcool serait plus développé chez les hommes que chez les femmes et dans les catégories sociales les plus défavorisées. Il s'agirait là, de la première cause de la surmortalité liée au cancer des voies aérodigestives supérieures. Pour la survenue des risques cardio-vasculaires, les comportements individuels seraient incriminés. Les habitudes alimentaires seraient pointées du doigt. Elles participeraient au développement du surpoids et de l'obésité source d'accroissement de certaines maladies. C'est ce que démontre une méta-analyse publiée dans *The Lancet* (Renehan, Tyson, Egger et *al.*, 2008), visant à évaluer chez l'adulte l'évolution des risques de cancer en fonction de l'évolution de l'IMC. Une augmentation chez l'homme de cinq points de l'IMC (15 kilos environ), entraînerait une progression de 52 % des risques de cancer de l'œsophage, de 33 % des risques de cancer de la thyroïde et de 24 % des risques de cancer du côlon et du rein. Chez la femme, une augmentation de cinq points de l'IMC provoquerait un accroissement de 59 % des cancers de l'utérus et de la vésicule biliaire, de 51 % des cancers de l'œsophage et de 34 % des cancers du rein (Figure 1).

Figure 1. Risques de cancer en liaison avec la progression de l'IMC de 23 à 28

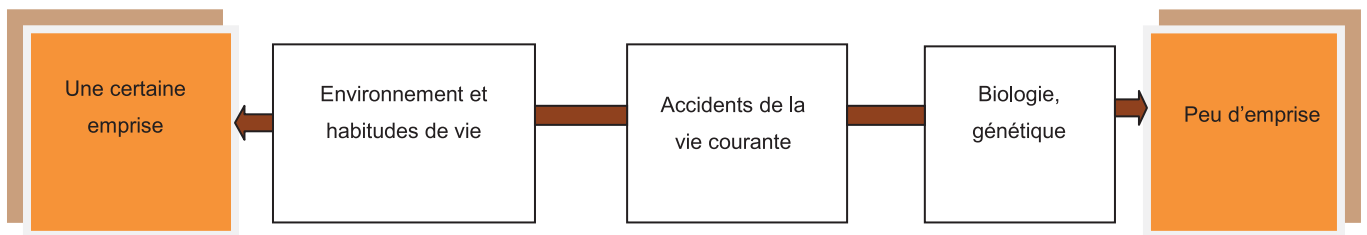


Source : Renehan, Tyson, Egger, et *al.*, The Lancet, 2008

Lecture : La progression de l'IMC chez les populations adultes est une source importante de développement des cancers des reins, du colon, de la thyroïde, de l'œsophage, de l'utérus et de la vésiculaire biliaire.

L'enquête nationale ObEpi relative aux causes de progression de l'obésité en France reprend à son compte ces déterminants. Ce sont des facteurs sur lesquels les autorités publiques prennent appui pour construire les programmes de santé. La question qui se pose alors, est de savoir s'il convient de leur donner un ordre de priorité pour guider l'action de ces autorités. Pour Marie-Thérèse Lacourse (2006), dans la mesure où ces déterminants interagissent, il serait inutile de vouloir les hiérarchiser pour définir la part respective de chacun d'entre eux dans la résolution d'un problème de santé. Elle retient cependant l'idée que ces déterminants mis bout à bout, construiraient un « continuum d'éléments » qui différerait d'un individu à un autre au niveau des actions à engager pour le modifier. Le continuum se présenterait de la façon suivante (Figure 2) :

Figure 2. Le continuum des déterminants de la santé (*inspiré de Marie-Thérèse Lacourse, 2006*)



2. Du passage de la sociologie de la médecine à la sociologie de la santé

En 1985, Marc Renaud publie un important article dans l'ouvrage « Traité d'anthropologie médicale » (Jacques Dufresne et *al.*, 1985), qui retrace les recherches conduites pendant près de trente ans sur le malade et la maladie. Il dresse par la même occasion, un bilan de la littérature sociologique sur ces questions. Dans sa revue de littérature, sur les cinq principales revues anglo-saxonnes⁶, il fait le constat que la production est scindée en deux grandes catégories. L'une se consacre essentiellement au système de santé (institutions, divisions médicales du travail), l'autre traite exclusivement du malade et de la maladie. Cette division marquerait en fait une évolution de la discipline avec le passage « de la sociologie de la médecine » à la « sociologie de la santé ».

Cette littérature traduirait également l'essor aux Etats-Unis de la discipline après la deuxième guerre mondiale. Pour la France, il faudra attendre les années 1970 pour que cette dernière acquière ses lettres de noblesse. C'est en 1976 que le CNRS et l'INSERM organiseront à Paris le premier colloque de Sociologie médicale, « marquant ainsi l'amorce d'une institutionnalisation de cette spécialité » (Carricaburu et Ménoret, 2004) qui se traduira, dans les faits, par le développement d'un enseignement universitaire et la délivrance de diplômes en « sociologie de la santé ». Aujourd'hui, les questions de santé sont au cœur des débats publics. La

⁶ Health and Society, The Journal of Health and Social Behavior, Social Science and Medicine, International Journal of Health Services et Sociology of Health and Illness.

sociologie et l'anthropologie ont su accompagner cette réflexion par de nombreuses recherches dont la densité rend illusoire tout exercice d'exhaustivité. Les travaux dont il sera fait ici état, rendront compte toutefois, de la pluralité des approches concernant la santé et de ses évolutions.

2.1 L'apport décisif de la sociologie américaine

La place faite à la santé en sociologie doit indéniablement aux travaux précurseurs des sociologues américains des années 1950/1960.

2.1.1 L'approche fonctionnaliste de la médecine de Talcott Parsons

Talcott Parsons, Professeur de sociologie à l'Université de Harvard de 1927 à 1973, est l'auteur du premier ouvrage de référence sur la sociologie médicale. Publié en 1951, *the Social System* consacre un chapitre, le chapitre X, à la pratique médicale. Ce chapitre, considéré en sociologie comme un texte majeur, est le fruit d'un travail de recherche empirique réalisé dans des hôpitaux à Boston. Par la suite, comme le rappelle Guy Rocher (1988, p. 109-133) qui consacre une étude à son œuvre et à la sociologie américaine, « Parsons n'a cessé d'écrire sur la profession médicale, l'abordant sous différents aspects : les rapports du médecin avec ses patients, la formation universitaire des futurs médecins, l'organisation de la profession médicale et son conservatisme social et politique, l'image du médecin dans la société américaine ».

Parsons développe une « théorie générale de l'action » qui sera le noyau central de son œuvre. Selon Parsons, l'acteur social agirait en fonction de normes qui sont autant de règles de conduite, mais disposerait, cependant, d'une certaine marge de liberté pour agir en fonction de sa perception de l'environnement, de ses idées, de ses valeurs. Pour Guy Rocher, l'environnement qui entoure l'acteur social serait constitué d'un lieu de vie avec ses objets matériels, mais aussi les autres acteurs sociaux avec lesquels il rentrerait en interaction. « Cette interaction entre deux ou plusieurs acteurs et la subjectivité qui y est engagée constituent une des axes principaux de la théorie parsonienne ».

Dans sa logique d'action l'acteur social serait conduit à faire des choix et s'appuierait sur son registre de valeurs. Il se trouverait confronté à des « dilemmes » auxquels il se devrait d'apporter une réponse pour orienter son action. Cette réponse s'inscrirait dans ce que Parsons qualifie de « variables structurelles » ou « *pattern variables* ». Son modèle qui se structure autour de quatre variables, est directement inspiré des travaux du sociologue Ferdinand Tönnies et de sa typologie des rapports sociaux reposant sur une dichotomie entre la société et la communauté : l'universalisme entre en dichotomie avec le particularisme ; la performance entre en dichotomie avec la qualité ; la neutralité affective entre en dichotomie avec l'affectivité ; la spécificité entre en dichotomie avec la diffusion générale.

Parsons a transposé son modèle à l'analyse de la profession médicale et plus particulièrement à la relation qui lie le médecin au malade. Dans cette relation dyadique, chacun serait titulaire d'un certain nombre de droits et serait tenu par des obligations. Les deux acteurs auraient un rôle complémentaire avec une relation asymétrique. Le malade serait placé dans une position de dépendance vis-à-vis du médecin. Il serait présenté comme un sujet passif, exonéré de ses obligations sociales. Il devrait collaborer à sa guérison pour redevenir un sujet actif. À défaut, il deviendrait un « déviant social ». Le médecin occuperait la place centrale dans cette relation caractérisée par la confiance mutuelle. Ce dernier posséderait une autorité fondée sur la compétence technique, un savoir incontestable, un statut social. L'universalisme de son activité lui imposerait d'apporter une assistance médicale sans distinction entre les malades⁷. Il devrait veiller au respect de la neutralité affective, c'est-à-dire, veiller à ne pas s'impliquer à titre personnel dans le rapport au malade et à la maladie de façon à rendre une évaluation médicale en toute

⁷ L'universalisme en tant que variable structurelle de l'activité médicale se retrouve dans le code de déontologie médicale à l'article 7 du titre I qui définit les « devoirs généraux des médecins » : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

objectivité ce qui ne signifie pas pour autant, qu'il ne conserverait pas de l'empathie pour son patient. Enfin, la spécificité fonctionnelle exigerait qu'il s'en tienne à son domaine médical en évitant toute ingérence dans la vie privée du malade.

Cette relation type idéale a fait l'objet depuis plus de cinquante ans, d'enrichissements mais aussi de controverses, en particulier par la sociologie interactionniste comme nous le verrons dans le paragraphe suivant. Du travail de synthèse de Marc Renaud (1985) on retiendra, d'ores et déjà, deux éléments qui viennent contredire la théorie de Parsons.

L'appréhension du rôle de malade est loin d'être uniforme si l'on tient compte des origines ethniques ou des convictions religieuses : « Dans le Rhode Island aux Etats Unis, on s'est aperçu que les Juifs s'y conforment plus que les Protestants, plus réticents à voir un médecin, et les Italiens moins coopératifs dans le traitement médical ». Dans certains cas, c'est un véritable refus de soins qu'essuie le médecin. On pense, en particulier, aux témoins de Jéhovah qui rejettent toutes transfusions sanguines. Récemment, le Tribunal correctionnel de Paris a été amené à se prononcer dans une affaire opposant un médecin gynécologue et le mari de la patiente⁸ dont il avait la charge. Le sexe du patient a une influence, les hommes étant plus réticents à consulter que les femmes qui ont tendance aussi à s'arrêter plus fréquemment. Le niveau d'éducation et le niveau socio-économique sont deux variables qui joueraient également un rôle dans le recours aux services de santé. L'OCDE, en 2009, a publié un panorama de santé faisant apparaître que, dans un échantillon de vingt-et-un pays, les populations à hauts revenus au Canada, en

⁸ Le 27 janvier 2007, le Tribunal correctionnel de Paris a condamné un homme à six mois de prison ferme pour avoir giflé un gynécologue de la maternité de l'Hôpital Robert Debré lors de l'auscultation de son épouse de confession musulmane. Voici ce que déclarait le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) sur le site internet de TF1, le 20 octobre 2006 : « Nous voulons attirer l'attention des pouvoirs publics, des médias ainsi que des gens impliqués dans la communication religieuse, nous voulons un respect de la laïcité et du droit des médecins ». « Nous le disons fermement, nous continuerons à avoir des services où les médecins hommes ou femmes apporteront les soins aux patients quel que soit leur sexe. Nous défendrons la liberté des femmes à se déterminer sur la contraception, l'avortement, la stérilisation sans l'avis de leur mari ».

Finlande, en Italie, aux Pays Bas, en Norvège, en Suède et aux Etats Unis, consulteraient davantage leur médecin. Pour les autres pays, l'accès aux médecins généralistes ne ferait pas véritablement apparaître d'inégalité entre les catégories de revenus. En revanche, il en irait autrement pour le recours aux spécialistes dont les consultations bénéficieraient en priorité aux personnes à revenus élevés et ce, dans l'ensemble des pays de l'échantillon. Sont notamment cités en Europe, le Portugal, la Finlande, l'Irlande et l'Italie où l'accès aux spécialistes repose sur des régimes d'assurances privées avec une forte contribution financière de la part des individus.

La contribution du malade à sa guérison serait dépendante de la nature même de sa maladie. Celle-ci ne revêt pas toujours un caractère temporaire qui assure à l'individu de recouvrer, plus ou moins rapidement, la plénitude de ses moyens physiques ou intellectuels. Il est des cas de maladies, les maladies chroniques, qui imposent une prise en charge longue par les soignants, sans garantie de rétablissement pour le patient. C'est le cas des cancers, des maladies cardiaques, de la maladie d'Alzheimer et plus généralement de certaines maladies mentales.

2.1.2. La sociologie interactionniste d'Eliot Friedson et d'Anselm L. Strauss

En réaction à l'approche fonctionnaliste de la médecine de Parsons, le courant interactionniste rompt avec la vision consensuelle et l'ordre établi envisagés par Parsons dans la relation malade-médecin. Il considère qu'il faut dépasser cette vision réifiée, pour intégrer une réalité plus complexe où les antagonismes et les conflits traversent cette relation. Ce courant marquera un intérêt certain pour les questions touchant à la médecine et à la maladie avec des auteurs comme Everett Hughes⁹,

⁹ En 1961, Everett Hughes réalise pendant quatre ans une étude considérée comme de toute première importance pour la sociologie des professions. En collaboration avec Howard Becker, Blanche Geer et Anselm Strauss, Everett Hughes analyse la fabrication des étudiants en médecine de l'hôpital universitaire de Kansas : comment ces derniers deviennent médecins, comment ils assimilent plus ou moins consciemment les valeurs, les croyances, les modèles de comportement sous la pression des pairs. L'étude a été publiée dans l'ouvrage « Boys in White - Student Culture in Medical School ».

Howard Becker¹⁰, Anselm L. Strauss ou Eliot Freidson (Giannini et *al.*, 2006). En 1970, ce dernier publie un ouvrage « *Profession of Médecine* » (traduit en France en 1984 sous le titre « La profession médicale ») qui renouvellera profondément l'étude sociologique des professions. Il fait de « l'autonomie professionnelle » de la médecine, le concept central de sa théorie. Cette autonomie acquise au début du XXème siècle est le résultat d'un long et difficile travail de légitimation qui a abouti à « écarter tous les guérisseurs concurrents pour imposer un monopole du diagnostic et du traitement des maladies » (Darbon et Dodier, 1985, pp. 129-143).

Nicolas Dodier, a contribué à promouvoir en France l'ouvrage de Freidson. Il considère qu'il y a dans cette production une contribution primordiale à la sociologie de la médecine. En effet, Eliot Friedson s'écarte de « la réalité biologique » de la médecine pour mieux en cerner sa « réalité sociale ». La maladie est une « déviance étiquetée », c'est à dire qu'elle relèverait d'une construction sociale, avec comme promoteur, la profession médicale qui travaillerait à la catégorisation des définitions de la maladie et qui déciderait « par le diagnostic que tel client est malade et que tel autre ne l'est pas ». Cette désignation ne serait pas sans incidence pour l'individu dans la mesure où le « jugement médical » (Adam et Herzlich, 1995) viendrait légitimer un état qui, dans certains cas, pourrait être stigmatisé « en particulier si l'individu atteint peut paraître, d'une manière ou d'une autre, responsable de son état ».

Cette remarque trouve une illustration avec l'étude de David S. Gochman (1988, p.164). Il démontre comment des troubles du comportement liés à l'alcoolisme, seraient étiquetés comme des maladies et comment certains professionnels mobiliseraient le concept de « rôle de malade » dans leur pratique professionnelle. L'étude de Chalfant et de Kurtz réalisée en 1971 sur les alcooliques, sert de référence. Cette étude porte sur la perception qu'ont les travailleurs sociaux des alcooliques de la ville de New York. Elle met l'accent sur le fait que ces

¹⁰ On pense ici à l'ouvrage de H. Becker « *Outsiders* » (1963) et à son travail sur la déviance dont sa définition s'oppose à la vision médicale qui la décrit comme une pathologie. Il explicitera sa théorie en prenant l'exemple de la « carrière déviante » des fumeurs de marijuana.

professionnels assimilerait l'alcoolisme à un comportement déviant ne permettant pas aux alcooliques de se voir reconnaître le rôle de malade et donc d'accéder aux droits qui y sont rattachés. C'est la traduction de l'idée que tels comportements résulteraient de la faute de ces individus, de leur échec à faire des efforts pour répondre aux attentes des rôles sociaux. Marc Renaud (1985) reconnaît qu'il y a là, une « question normative tout à fait fondamentale : qui, dans quelles circonstances, va se voir attribuer le « rôle de malade » et ainsi se voir légitimé dans son comportement déviant et confié au contrôle de la profession médicale ? Doit-on emprisonner, rééduquer ou traiter psychiatriquement les gens qui battent leurs enfants ? Que doit-on faire des gens qui boivent de l'alcool ou fument au point d'en raccourcir leurs jours ? Les déclarer malades et, dès lors, les forcer à se traiter et les exempter temporairement de leurs obligations ? Les enfermer dans un hôpital ? ».

Ces questions sont connexes à notre recherche. A l'appui des travaux d'Erving Goffman réalisés en 1963, William DeJong (1980, p. 75-87), professeur à l'Université de Stanford, présente l'obésité comme « un stigmate caractérologique » reposant sur des préjugés négatifs concernant les individus obèses, les rendant responsables de leur maladie en raison de leur comportement alimentaire irraisonné. C'est ce qui a conduit en France, certains médecins à interpellier les pouvoirs publics sur les actions à mener auprès des professionnels de la santé et de l'éducation pour corriger ces préjugés en ciblant, en priorité, l'obésité infantile : « Une information sur la discrimination, la stigmatisation, leurs effets permettrait qu'on comprenne qu'il ne s'agit pas d'enfants fautifs, à rééduquer, mais d'enfants en souffrance, qu'il convient d'écouter de respecter et d'aimer » (Apfeldorfer et *al.*, 2006, p. 296).

La médicalisation de la société soulève à l'évidence de nombreuses difficultés d'ordre moral, concluent Philippe Adam et Claudine Herzlich (1995). Les médecins à qui l'on reconnaît un pouvoir élargi, ont été conduits à émettre des jugements dans des domaines touchant à l'intime, ce que dénonce Friedson. En effet, « le fait de disposer d'une compétence technico-scientifique ne permet pas de statuer sur des problèmes moraux qui ne concernent que les seuls malades ».

Pour ce qui touche à l'exercice de la médecine, Eliot Friedson présente un modèle traversé par des tensions entre les acteurs dont les intérêts divergent. La relation médecin-malade ne serait pas nécessairement une relation pacifiée, comme celle de Parsons, et pourrait déboucher sur un conflit. Entre le malade et le médecin, chacun développe des stratégies en fonction de ses intérêts propres. L'altruisme, l'universalisme, le dévouement à la collectivité, qui sont les valeurs et les règles sur lesquelles repose la profession médicale, ne pourraient occulter l'intérêt personnel du médecin soulignant avec acuité, que le malade, pour ce dernier, n'est pas sa seule préoccupation. Pour Adam et Herzlich (1995), Friedson montre que les codes et les lois qui régulent cette profession, « loin d'être seulement institués pour protéger le public », seraient aussi des mécanismes de défense contre les risques d'un refus du malade d'accepter l'autorité du médecin et de la concurrence de professionnels non-médecins (religieux, sorciers, rebouteux...). Pour le malade, la logique serait différente. Il souhaiterait être écouté et être considéré. Quand il consulte, il a déjà une idée de son problème de santé fondée sur une tradition culturelle et sur la base d'informations collectées. Il souhaiterait, de plus, que le médecin le traite en respectant les exigences de sa vie quotidienne.

Eliot Friedson va construire une typologie de la relation malade-médecin, à l'appui du modèle fonctionnel de base élaboré par Szasz et Hollender en 1956. Celui-ci est aujourd'hui intégré au programme des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) dans le cadre des formations à l'éducation thérapeutique. La construction de Szasz et Hollender repose sur trois niveaux de relations.

Le premier niveau est de type « activité-passivité ». Il renvoie au modèle Parsonien où le médecin est au centre de la relation et le patient n'oppose aucune restriction à celui-ci. C'est la relation qui se retrouve dans la plupart des situations de soins médicaux urgents (traumatismes graves, coma...), voire des interventions chirurgicales. Le second niveau est de type « guidance-coopération » : le patient coopère et accepte l'action curative du médecin. C'est la relation que l'on retrouve dans la prise en charge des maladies aiguës. Enfin, la relation de type « participation mutuelle », est le modèle où les deux parties sont sur un pied d'égalité, où le patient prend une part active à son traitement. Selon Friedson, ce modèle s'observe dans la

prise en charge des maladies chroniques. Friedson a complété ce modèle par deux ajouts complémentaires : la relation « patient guide - médecin coopération » et la relation « patient actif - médecin-passif ». Cette typologie renverse la relation Parsonienne « médecin-malade » en donnant au malade un rôle actif dans sa prise en charge. Le tableau 1, ci-après, inspiré des travaux de Jonathan Ezekiel Emanuel, et Linda L. Emanuel (1992), constitue une synthèse des principaux modèles de relation médecin-patient étudiés aux cours des cinquante dernières années.

Tableau 1. Les types de relations médecin-patient selon JE Emanuel et LL Emanuel (1992)

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir une information factuelle pertinente - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Elucider et interpréter les valeurs du patient utiles - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Source : Santé Publique (2007, pp. 413-425)

Anselm Strauss est considéré comme une des figures majeures de la sociologie médicale. De la recherche sur la mort à l'hôpital (« *Awareness of Dying* », 1959), en passant par des études minutieuses portant sur le monde hospitalier (« *The Hospital and its negotiated Order*, 1963 ; « *Psychiatric Ideologies and Institutions* », 1964 ; « *Social organization of medical work* », 1985), Strauss a construit une œuvre dense

avec la santé comme axe principal. Riche de plus d'une trentaine d'ouvrages, seule une petite partie de sa production a été traduite en Français. On doit à Isabelle Baszanguer, un recueil de textes intitulé « La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste » (1992) où sont retracés les grands thèmes de ses recherches. De son analyse sociologique qui s'enracine dans les données de terrain (« *Grounded Theory* »), nous limiterons nos développements aux concepts de « trajectoire » et « d'ordre négocié ».

Anselm Strauss, en se consacrant à la prise en charge des maladies chroniques, opère une rupture avec le modèle Parsonien qui n'envisageait la maladie que comme un épisode temporaire, où le malade n'avait qu'un interlocuteur principal, le médecin. Les maladies chroniques se caractériseraient, au contraire, par leur complexité en raison des incertitudes qui seraient de deux ordres : la durée de la maladie qui pourrait s'étaler de plusieurs mois à plusieurs années, sans garantie de guérison ; l'impact de la maladie, qui dépasserait la seule dimension médicale, pour s'étendre à la vie sociale mettant en interaction une pluralité d'acteurs relevant du monde médical et du monde profane.

Dans ce contexte, quel type d'action faut-il engager pour réduire de telles incertitudes ? « Comment les différents protagonistes élaborent et mettent en œuvre des tentatives répétées, contradictoires, souvent conflictuelles de définition de cette situation nouvelle, quelles sont les stratégies qu'ils développent, les ressources qu'ils mobilisent ? », s'interroge Isabelle Baszanguer (1986, pp. 3-27).

La cadre de réflexion que nous fournit le concept de trajectoire, constitue un bon moyen pour appréhender des situations relativement instables comme la prise en charge des maladies chroniques. Pour Isabelle Baszanguer, la trajectoire se définit autour de trois éléments : les caractéristiques physiologiques de la maladie, l'organisation du travail mise en place pour assurer la prise en charge du malade et les incidences de cette organisation sur l'activité et les individus qui l'assument. A l'image de Friedson, Strauss réalise un travail de décentrage, en évitant de limiter l'analyse à la seule dimension du malade pour s'intéresser aux interactions entre les

différentes professions médicales, paramédicales, les parents, la famille, qui sont aussi des contributeurs au rétablissement du patient.

En 1988, Juliet Corbin et Anselm Strauss construiront un modèle permettant de rendre compte de la trajectoire de la maladie. C'est un exercice complexe auquel les deux auteurs vont se livrer en raison de la variété des maladies et des lieux d'exercice professionnel (départements de médecine, laboratoires, unité de réanimation...). Pour contourner cette difficulté, ils feront porter leur recherche sur le contenu du travail et à son exécution au quotidien. La trajectoire sera alors constituée de l'imbrication d'un ensemble de tâches qui construisent un « arc de travail ». Cet arc est un moyen d'élaborer un plan d'action (« schéma de trajectoire »), où seront précisées les actions à engager ainsi que la coordination à opérer entre les professionnels. La trajectoire se décline en neuf phases : pré-diagnostique, diagnostique, de crise, aiguë, stable, instable, de « *comeback* », de détérioration et de mort.

Cet ordonnancement ne correspond pas à un processus linéaire où les phases se succèderaient selon un ordre bien établi. En effet, il y aurait une multiplicité des combinaisons avec la possibilité, pour le sujet malade de passer par la même phase à plusieurs reprises, ou d'éviter certaines phases. Comme le remarque Isabelle Baszanguer (1986), « la maladie n'a pas d'échéance prévisible, et le rythme d'évolution de chacune est lui-même imprévisible ». Il va donc falloir engager un travail d'articulation de la trajectoire qui consistera à coordonner les différentes tâches pour rationaliser l'activité médicale. C'est un exercice délicat dans la mesure où les contingences seraient nombreuses. En effet, l'hétérogénéité de la maladie rendrait difficile toute organisation du travail standardisée de la prise en charge (en dehors de quelques services de spécialité). Il existerait, de plus, une concurrence entre les malades pour l'accès aux ressources humaines (dimension affective de la prise en charge), techniques, ou aux médicaments. En outre, l'organisation hospitalière serait complexe, avec la question de la coordination des différentes unités fonctionnelles et des équipes cliniques au sein de ces unités.

Les tâches à réaliser, dans ce cadre, seront de nature différente. Certaines toucheront au domaine technique, d'autres à la dimension relationnelle de la prise en charge du malade. Des désaccords sont toujours possibles sur l'évaluation de la prise en charge. Chaque professionnel hospitalier ayant une appréciation personnelle de la situation du malade cela peut déboucher sur des dissensions profondes sources de désarticulation du travail de trajectoire. Dans l'article sur « La trame de la négociation », Anselm Strauss prend l'exemple des aides-soignantes. Il tire, de son expérience dans deux hôpitaux psychiatriques, les constats suivants : les aides-soignantes, dans leur approche profane de la maladie ont un point de vue différent à la fois de celui des infirmières, mais aussi de celui des médecins. Elles fondent leur idée sur des « signes » traduisant une amélioration physiologique de l'état de santé du patient, alors que les médecins jugeront davantage cet état sur des considérations psychiques. Par conséquent, il peut en résulter des tensions au sein de l'équipe de soins, le médecin se trouvant contraint de justifier son jugement ou plus radicalement de l'imposer. Face à ces contingences, les acteurs vont devoir négocier pour rétablir l'ordre. Pour Strauss, « l'ordre négocié » passe par des processus de donnant-donnant, de diplomatie, de marchandage qui sont des éléments inhérents à toute vie au sein d'une organisation. Il livre une étude fine et longue des arrangements possibles et démontre que ces derniers ne sont pas le fruit du hasard, mais relèvent d'une démarche structurée.

Pour conclure sur Strauss, attardons-nous sur la relation malade-médecin. Le point d'entrée par les maladies chroniques modifierait profondément la notion de rôle telle que pensée par Parsons. Le malade ne serait plus un sujet passif. Au contraire, on lui demanderait, dans un certain nombre de cas, de devenir autonome et de prendre une part active au processus de soins. Certaines pratiques médicales encourageraient les patients à s'impliquer dans le processus de soins. L'implication s'avérerait même impérative car en son absence, c'est toute la démarche de soins qui se retrouverait remise en cause.

Parmi les maladies chroniques, on prendra, tout d'abord, comme exemple, le diabète qui nécessite de la part du patient des aménagements qui relèvent de la connaissance de sa maladie et de son traitement, de compétences d'auto-

observation, d'auto-surveillance et d'auto-adaptation du traitement en fonction des circonstances de la vie. Le cas des malades diabétiques insulino-dépendants ou asthmatiques constitue une bonne illustration de ce véritable travail qu'ils accomplissent au quotidien pour gérer leur maladie (prise de médicaments à horaires réguliers, tests de mesure de la glycémie, port d'un bracelet d'identification et d'alerte médicale...) et ajuster en conséquence, leur mode de vie : faire de l'exercice physique, s'abstenir de boire et de fumer.

Autre exemple, proche de nos préoccupations, le cas du suivi des régimes alimentaires des diabétiques de type 2 ou diabète de l'obèse. Les malades doivent respecter des protocoles médicaux imposant une prise alimentaire régulée dans la journée et une consommation de produits moins riches en lipides et en glucide. L'étude porte sur des patients algériens. Ouassila Salemi (2008) démontre que dans la gestion de la maladie, les diabétiques opéreraient des ajustements davantage fondés sur des critères sociaux que sur des critères médicaux conduisant dans certains cas à modifier le traitement : « Amina a 25 ans, mariée avec 3 enfants. Elle est fonctionnaire dans une administration. Quand elle est invitée à un mariage par exemple, elle se contentait d'un gâteau ou deux et elle augmentait la dose d'insuline », ou dans les autres cas, à passer outre les consignes médicales : « Saliha, 45 ans, diabétique depuis 5 ans et elle a 5 enfants. Lors du mariage de sa fille, elle a dû passer la nuit hors de chez elle. Elle n'a pas emporté ses médicaments avec elle et elle a mangé comme tout le monde ». Les contraintes sociales sont telles qu'elles prendraient le pas sur les prescriptions médicales et sur le message relatif aux risques encourus en l'absence de suivi du régime. Alors que les médecins qualifient ces comportements « d'irrationnels », Salemi explique que le poids de l'environnement du malade viendrait brouiller le message médical. Elle évoque l'influence des traditions culinaires avec la valeur symbolique rattachée à certains aliments qui expliquerait que, malgré l'interdiction médicale qui frappe la consommation de certains produits, les diabétiques continuent à les absorber. C'est notamment le cas du pain : « D'un goût agréable à tous, il constitue un trait d'union entre les divers plats et fait l'unité de ceux qui le partagent... Il est symbole de sécurité, non seulement comme base de l'alimentation mais parce qu'il évoque le fruit du travail, la force investie dans la culture des céréales. La symbolique du pain

est très forte ». D'autres facteurs complémentaires moduleraient l'action médicale comme la centralité du repas familial, le rôle de la femme dans la préparation des repas, le prix des denrées alimentaires (« Quand mon fils m'a lu la feuille que lui a remise le médecin, où étaient mentionnés les aliments que je dois prendre pour mon régime, je ne pouvais qu'en rire. Le régime demande des moyens que je n'ai pas ») et enfin, la religion (le Ramadhan).

Ainsi, le sujet habituellement passif dans une situation de maladie aiguë, est confronté dans le cas d'une maladie chronique, à la nécessité de tenir tôt ou tard un rôle actif quasi permanent. Parallèlement, ce changement de statut oblige le « soignant – médecin ou paramédical – à modifier ses attitudes le plus souvent directives et paternalistes en situation aiguë, vers la recherche d'une relation de véritable partenariat » (Simon et *al.*, 2009, p. 4).

Il est des cas extrêmes où la pratique médicale consiste au contraire, à brider cette initiative. Geneviève Cresson (1995, pp. 29-30) parle même « d'étouffer la participation active des patients » par « la rétention d'informations »¹¹ et de citer Friedson : « Quasiment toutes les études faites sur des patients hospitalisés indiquent que la patient et sa famille ignorent dans une large mesure l'état du malade, les pronostics et le régime prescrit médicalement et que l'équipe soignante répugne à donner ces renseignements ». La relation médecin-malade, qu'elle soit appréhendée par Parsons, Friedson et Strauss serait une réalité complexe. Tantôt soumis, tantôt refusant d'obéir, le malade se heurterait cependant dans les deux modèles à l'autorité toute puissante du pouvoir médical.

¹¹ En France, l'information du patient par le malade relève d'une obligation énoncée à l'article 35 du code de déontologie : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois [...] dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination ». Il existe sur cette question, une jurisprudence abondante démontrant les enjeux mais aussi toutes les difficultés à appliquer cette obligation de façon uniforme.

En offrant un cadre d'analyse de la maladie prenant ses distances avec la réalité biomédicale pour mieux l'élargir à une réalité sociale, la sociologie interactionniste a ouvert un nouveau champ d'étude, celui de la sociologie de la santé.

2.2. L'avènement de la sociologie de la santé

L'avènement d'une sociologie de la santé avec la figure du malade comme « produit social » (Renaud, 1985) et la remise en cause de certains postulats établis par sociologie de la médecine, date des années 1970. C'est aussi à cette période, 1972, que le premier ouvrage en français sur la « sociologie médicale » est édité (Stuedler, cité par Carricaburu et Ménoret, 2004). La discipline doit bien évidemment son essor à la sociologie interactionniste mais également, fait moins connu, au mouvement féministe comme en témoigne l'article de Dominique Gaucher, France Laurendeau et Louise-Hélène Trottier (1981, pp. 139-152).

Dans leur volonté manifeste de redéfinir leur statut dans la société de l'époque, les féministes vont mener à la fois un combat pour la réappropriation de leur corps avec, en filigrane, la question de l'avortement, et dénoncer avec violence, la médecine et les mauvais traitements médicaux qu'elles subissent quand « leurs besoins vont à l'encontre du rôle que leur assigne l'idéologie dominante ». Certaines spécialités médicales sont directement visées par les critiques, comme la gynécologie obstétrique, la chirurgie, ou la psychiatrie. La profession médicale est aussi concernée par ces attaques avec la dénonciation du paternalisme médical (« la profession médicale s'imisce dans la vie privée des femmes tant pour les faire accoucher que pour les ramener à la raison ») et « de l'idéologie » qu'elle véhicule à l'égard des femmes. De plus, malgré les progrès scientifiques et l'amélioration du tissu sanitaire avec la progression du nombre d'établissements hospitaliers et des effectifs médicaux et paramédicaux, les inégalités sociales de la santé sont encore très importantes dans les zones urbaines défavorisées ou rurales, se traduisant dans les faits, par des taux de morbidité élevés chez les femmes.

Ce faisant, ce mouvement va mettre en porte-à-faux « la causalité biologique du paradigme médical », inapte à rendre compte de la réalité des phénomènes touchant

à la santé, incapable de pouvoir « cerner le corps dans son rapport au monde ». Il va se retrouver relayé par de nouvelles thèses, comme en témoigne Marc Renaud.

La première thèse, repose sur l'idée que la médecine, dans sa toute-puissance acquise par ses succès contre les maladies infectieuses, a omis le social dans l'étiologie de la maladie. Comme nous venons de le voir, cette composante a été récupérée sous la pression de groupes sociaux dénonçant les inégalités persistantes au niveau de la santé des individus. Une pluralité de causes a été mise en avant pour donner une construction intitulée « les déterminants de la santé » avec comme indicateurs : le niveau de vie, la précarisation de l'emploi, la mauvaise alimentation, etc.

La seconde thèse concerne les « limites de la médecine moderne » et la remise en question d'une croyance bien ancrée à savoir, celle de la guérison absolue. Croyance qui repose sur les progrès réguliers des techniques médicales dans le domaine de la chirurgie, de l'imagerie médicale et sur certains indicateurs, comme celui de l'espérance de la vie en constante progression. Pour autant, ces réussites formidables ne doivent pas masquer certains échecs de la médecine : des pathologies restent toujours incurables comme le SIDA. « Dans la mesure où il ne s'agit plus tant de guérir une maladie mais de la gérer » (Gourmelon, 2005, p. 11), les convictions les plus profondes en l'efficacité de la médecine ont été ébranlées. Des bactéries résistent aux antibiotiques, de nouvelles maladies infectieuses apparaissent (maladie de Creutzfeldt-Jakob qualifiée de maladie de la « vache folle », syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), plus récemment, grippe aviaire et virus du Chikungunya), alors que d'autres qui étaient en voie de disparition, ressurgissent (tuberculose...). Des cancers se développent¹². En soignant avant tout une maladie et non un malade, la médecine a négligé l'individu avec son histoire,

¹² Le Monde du 11 juillet 2011 a repris les projections de l'Institut de veille sanitaire (INVS) qui estime à 365 500 nouveaux cas de cancers en 2011, soit 1 000 cas de plus par jour, soit une augmentation de 2,2 %. Le cancer du poumon est celui qui connaît la plus forte progression chez les femmes avec un taux de 20 % de croissance.

son environnement¹³. Il faut investir dans les soins primaires, suggère l'OMS dans son rapport annuel sur la santé dans le monde (2008), c'est-à-dire, qu'il « faut organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations, réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé, intégrer la santé dans tous les secteurs ».

La troisième thèse prend la « médicalisation de la société » comme sujet de réflexion. C'est un « processus social » déclare Alain Jardin et *al.* (2000, p. 121), qui voit la médecine conquérir de nouveaux domaines d'intervention. La sociologie s'est intéressée à cette question et a vu, dans ce changement, le « reflet des transformations des sociétés modernes. On assiste à différents types de transferts de légitimité : du religieux au médical, du moral au médical, du magique au médical, de la famille vers les institutions médicalisées... Le recours quasi systématique des médias au savoir médical pour commenter certains aspects de la vie quotidienne est le signe des nouvelles fonctions sociales des médecins qui relayent aujourd'hui les prêtres et les guides de conscience » (Poulain, 2001, p. 193). Débordant de son cadre de référence traditionnel qui est « la thérapeutique et la prévention », la médecine est venue s'immiscer dans des champs dans lesquels son expertise n'était pas initialement reconnue. De l'intime avec la sexualité, la ménopause, la mort (voir le débat sur l'euthanasie), en passant par la grossesse, l'alimentation, l'obésité, les jeux..., la médecine a considérablement étendu ses compétences. Cette immixtion est sujette toutefois à controverses. Voici ce que déclarait au Journal « Libération » des 13 et 14 août 2011, Régis Aubry, Président de l'Observatoire national de la fin de vie concernant l'interdiction de l'euthanasie en France : « Les progrès de la médecine moderne font que l'on peut aujourd'hui vivre longtemps avec une maladie

¹³ L'anthropologie médicale a intégré une théorie médico-écologique apparue dans les années 1970. Cette théorie préconise de prendre en compte trois éléments dont la combinaison aura un impact soit sur la santé, soit sur la maladie. Il s'agit des éléments biotiques : prédateurs, nourriture disponible, vecteurs de la maladie..., des éléments abiotiques : climat, énergie disponible... et des « éléments culturels : organisation sociale, technologie, idéologie... L'équilibre entre ces trois composantes joue sur la santé alors qu'un déséquilibre aura des incidences sur la maladie. L'exemple donné est celui d'un changement climatique qui touchera le niveau des récoltes avec, comme conséquences directes, le développement de la famine et la détérioration de l'état de santé des populations (Guerci et Consigliere, 2003, p. 627).

incurable : cela pose de nombreuses questions qui renvoient aux droits des malades et en particulier au droit à refuser des traitements déraisonnables [...]. Avant 2005, il était courant de maintenir en vie des personnes contre leur gré sous prétexte que les avancées de la médecine le permettaient. Désormais, c'est l'avis de la personne malade qui importe [...]. Nous passons du médecin paternaliste au patient citoyen ».

Avec Jean-Pierre Poulain, revenons sur la question de la médicalisation de l'alimentation puis, dans son prolongement, à celle de l'obésité. Les dimensions nutritionnelles dans l'alimentation¹⁴ auraient longtemps été supplantées par la place accordée aux goûts. Ce n'est que progressivement, sous « l'affaiblissement – réel ou supposé – des modèles alimentaires traditionnels et le déplacement d'un certain nombre de décisions au niveau de l'individu », que cette question aurait fait son entrée dans le sanitaire. Le dictat de la minceur n'aurait fait qu'accélérer cette évolution. Elle se serait concrétisée par des demandes de conseils en matière d'hygiène alimentaire auprès des médecins généralistes dont la formation était incomplète. Mais, cette médicalisation ne se serait pas arrêtée aux portes des cabinets médicaux. Les industriels de l'agroalimentaire se seraient emparés aussi de la santé pour en faire un argument commercial, afin de promouvoir certains produits alimentaires sensés améliorer le bien-être par leurs principes actifs. La médicalisation de l'obésité proviendrait des Etats-Unis à partir des années 1970. Dans un modèle économique dominé par les assurances privées, les compagnies auraient engagé ce mouvement dès lors qu'il aurait été établi qu'il existait bien un lien réel entre l'excès de poids et la mortalité et que, sur le plan économique, les dépenses de santé allaient peser fortement sur le budget de la nation. La controverse, naîtra de l'idée que la médicalisation pourrait constituer un moyen de légitimer à l'appui des discours scientifiques, la stigmatisation des sujets obèses et même la renforcer, tout en rendant la relation à l'alimentation problématique pour les autres individus.

¹⁴ Pour l'auteur, la liaison entre ces deux domaines, n'est pas une donnée récente. Jusqu'au XVIIIème siècle la cuisine a été « vassalisée » par la médecine (Poulain, 2001, p. 194).

Ces trois thèses permettent ainsi de mieux mesurer le passage d'une sociologie de la médecine à une sociologie de la santé. Dans ce long cheminement où les deux conceptions ont été régulièrement opposées, la représentation positive de la santé avec la médecine comme ressource, l'a finalement emporté sur la vision négative¹⁵. Hygié et Panacée ont donc fini par se réconcilier pour répondre à l'interrogation du sociologue Marc Renaud (1996)¹⁶.

¹⁵ En référence à l'article de G. Vigarello (1996), « La santé : d'une définition négative à une vision positive ».

¹⁶ Marc Renaud a publié dans l'ouvrage collectif « Etre ou ne pas être en bonne santé - Biologie et déterminants sociaux de la maladie » (1996, pp. 317-332), un article prospectif sur la santé avec l'accroche suivante : « L'avenir : Hygié ou Panacé ? ». En chapeau introductif, il fait référence à la mythologie grecque et à l'opposition entre les deux filles du dieu grec de la santé Asclépios : Hygié et Panacée. Hygié, déesse de la santé, voyait en celle-ci une donnée naturelle dont chacun peut jouir dans la mesure où il vit sans excès. Panacée, déesse des soins, était surtout vénérée pour sa grande connaissance dans les vertus médicinales des plantes.

Chapitre II : L'obésité, d'une question sociale à un enjeu politique

La question de l'obésité a fait véritablement son entrée dans le champ de la sociologie il y a une quarantaine d'années, avec les travaux pionniers des sociologues américains comme Werner J. Cahnman (1968, pp. 283-299) ou Nathalie Allon (1973, citée par Jeff Sobal, 1984). La stigmatisation des sujets obèses et les discriminations sont au cœur de leurs recherches. Werner J. Cahnman notamment, introduira une dimension morale dans l'obésité en mettant en évidence la souffrance de ces individus considérés comme responsables de leur triste sort.

Les sociologues français emboîteront le pas à leurs homologues américains, au début des années 80, sur des thèmes assez proches. Depuis, Claude Fischler (1979), Claude et Christiane Grignon (1980), Nicolas Herpin (1984), Jean-Paul Aron (1987), Jean-Pierre Poulain (1997), Thibaut de Saint Pol (2010), pour ne citer que les principaux auteurs, ont largement contribué au développement de ce champ de la sociologie, pour faire à leur tour, référence au niveau international (Henri Dorvil, 2007, p. 71).

1. Les perspectives historiques et anthropologiques de l'obésité

Thibaut de Saint Pol débute le chapitre I de l'ouvrage sur « Le corps désirable » (2010), par cette tirade : « Montrez-moi votre corps et je vous dirai qui vous êtes ». En effet, l'obésité renvoie d'emblée à une réalité biologique longtemps cantonnée aux recherches médicales qu'il faut rapidement dépasser, pour donner une lecture différente du corps et s'affranchir des frontières de la biologie. C'est l'idée « du corps vitrine » (Andrey Robin, 2005, p. 200), façonné par les codes et les normes de la société.

1.1. Le corps en sociologie

S'il y a bien une réalité médicale dans la prise en charge de l'obésité, celle-ci relèverait aussi d'une construction sociale. En cela, la sociologie française sur l'obésité s'inscrit dans le vaste mouvement amorcé aux Etats Unis à la fin des années soixante, où les savoirs profanes viennent faire contrepoids à la primauté du discours scientifiques (Daubigny, 2004, pp. 2-6). Claudine Herzlich, dans la tradition française Durkheimienne des représentations sociales, relève que la médecine si elle « définit, prend en charge et modèle la maladie, réciproquement elle doit, elle-même, être appréhendée dans le cadre de notre rapport au social et à partir de nos visions du mal biologique qui les métaphorisent ».

La liste des travaux des auteurs reconnus qui se sont penchés sur cet objet de recherche est particulièrement longue : Mauss, Simmel, Goffman, Bourdieu, Brohm... Sans prétendre à l'exhaustivité, nous mobiliserons pour débiter, Marcel Mauss (1934). Il défendait l'idée dans « Les techniques du corps » que ce dernier était un « instrument » façonné par la société, par un ensemble d'« habitus » (« les éducations, les convenances et les modes, les prestiges »). Pierre Bourdieu (1977, p. 51), donne une lecture complémentaire du corps qui fonctionnerait « comme un langage par lequel on est parlé, plutôt que l'on ne parle, un langage de la nature où se trahit le plus caché et le plus vrai, à la fois, parce que le moins consciemment contrôlé et contrôlable et qui contamine et surdétermine de ses messages perçus et non aperçus toutes les expressions intentionnelles à commencer par la parole ». Erving Goffman (1963), accorde une place particulière au corps dans le quotidien et aux différences « fâcheuses » entre les individus qui constitueraient autant de stigmates c'est à dire, des marqueurs permettant d'assigner une place à chacun dans la société. Dans le triptyque « monstruosité du corps », « tares de caractère » et « caractéristiques tribales », le premier type renverrait directement aux stigmates corporels auxquels correspondraient les handicaps physiques, les troubles de la vision, les défauts du visage ou du corps. David Le Breton (2008), parle aussi de l'imaginaire social des corps, des idées reçues et des préjugés qui conduiraient à la construction d'un idéal, mais également au rejet de tous les « déviants » au sens de Becker. Il s'agirait des individus dont l'étiquetage n'est pas conforme au modèle

idéal. A partir des travaux de Becker, Anastasia Meidani (2007, p. 274), assure la transition avec l'objet de notre recherche.

Elle prend l'exemple des obèses qui seraient des sujets qui souffrent dans leur chair, car leur corps, serait un « fardeau » qui agirait plus encore, comme un support de désintégration sociale. L'image renvoyée aux autres individus serait d'une « insoutenable violence lorsque la visibilité de l'inesthétique est inéluctable, lorsque ce qui est perçu comme un handicap ne peut être dissimulé (ex : obésité massive) ». Ces individus seraient donc condamnés à une inexistence sociale et psychique dans une société qui valorise l'apparence physique des individus au détriment de la parole et dans laquelle « le corps devient l'unique construction du sujet » (Aubert et Haroche, 2011). Dans cette évolution, c'est « l'esthétique du portrait » qui s'imposerait selon Georg Simmel (Marty, 2007, pp. 79-89). Pourtant, en valorisant l'apparence, écrit l'auteur, on en viendrait à se couper de la dimension psychique de l'individu qui est d'une « importance souveraine ».

L'intérêt de ces approches est de montrer le passage d'une stigmatisation du corps à une stigmatisation sociale. En effet, le handicap physique ne serait pas uniquement un problème en soi, c'est sa stigmatisation qui « remet en cause d'emblée le respect et la considération accordés ordinairement à toute personne dans le jeu des interactions, dans le sens où le stigmate remet en cause l'humanité même de celui qui le porte : le stigmatisé n'est pas tout à fait humain » (citation de Goffman reprise par Marcellini et Miliani, 1999). Dans la longue histoire de l'obésité, il n'en a pas toujours été ainsi et les représentations ont profondément évolué avec les époques comme en témoignent les recherches de Gilles Böetsch sur l'évolution du corps des femmes à partir d'une enquête réalisée à Marseille (2004), ou le « Dictionnaire du corps » (Adrieu et *al.*, 2006).

1.2. Du prestige du « gros » à sa stigmatisation

Sur le plan physique, l'histoire de l'obésité telle que nous la retrace Georges Vigarello (2010), démontre que l'image du « gros » et de l'obésité a connu de profondes évolutions avec, selon les époques, des représentations positives ou

négatives. Thibaut de Saint Pol (2010), dans une approche complémentaire, distingue trois étapes dans les représentations corporelles, des origines de l'homme au XXème siècle.

La préhistoire apporte une première source d'information avec l'image des corps, essentiellement féminins, aux formes généreuses. Symbole de la fécondité, la grosseur, à cette époque, trouve une explication physiologique avec la nécessité de lutter contre les grands froids par l'accumulation de réserves graisseuses. La minceur, comme idéal de beauté, remonte à l'Égypte et plus encore à la Grèce Antique, avec des corps sculptés aux muscles saillants. L'hygiène du corps par la pratique sportive associée à une alimentation saine traduit le rejet du surpoids. Il en va différemment sous la Rome Antique, où la maigreur est signe de maladie et de pauvreté, alors que l'embonpoint masculin, essentiellement, reflète la richesse et la notabilité. Le cinéaste Stanley Kubrick a parfaitement illustré dans « Spartacus », la vision de cette époque au travers de l'image du Sénat Romain et de la figure du sénateur Gracchus, interprété par l'acteur britannique Charles Laughton. Le christianisme, avec sa doctrine alimentaire fondée sur des temps de jeûnes et d'abstinence, matérialisera une rupture avec les excès des pratiques romaines et les abus, deviendront alors des sources de péché.

Avec la Renaissance, s'opère un nouveau revirement. La grosseur redevient un symbole de prospérité, voire de beauté. On pense, ici, aux représentations féminines de la peinture de Rubens, avec « les trois Grâces » (1639), tableau qui représente trois déesses et filles de Jupiter, au service de Vénus. Les corps sont bien en chair avec des poignées d'amour, des fesses et des cuisses où la cellulite est mise en évidence par le peintre avec force de détails. Les sourires et l'attitude altière ne laissent pourtant aucun doute sur la volonté de l'auteur de montrer l'épanouissement de ces femmes. Toutefois, la paresse et la lenteur sont deux qualificatifs dont on affuble aussi, les individus obèses. La période reste marquée par des carences alimentaires se traduisant, sur le plan physique, dès l'enfance, par des différences de taille entre ceux issus de la bourgeoisie et ceux issus des classes populaires. Avec le siècle des Lumières, s'effectue une distinction de genre avec l'acceptation de quelques rondeurs chez l'homme et le refus de toute grosseur chez la femme que

l'on soigne par des sangsues. C'est l'image sociale du gros impuissant, stérile, inutile, qui est mise en avant. Le XVIII^{ème} siècle marque un tournant dans l'association étroite de la santé et de l'alimentation avec le développement de l'hygiène : « Se nourrir convenablement est un bon moyen de lutter contre la maladie et les corps affaiblis par la faim attrapent facilement les microbes qui passent » (Galfano, 1996).

A l'époque contemporaine, la critique se fait plus intime et renvoie au relâchement moral et physique de l'individu, attitude que condamne la société. A la beauté musclée de la femme combattante du Premier Empire, succède l'image de la femme à la taille de guêpe de la Belle Epoque avec l'artifice du corset¹⁷ qui se généralise. Les pouvoirs publics qui rendent obligatoire dans les écoles publiques la pratique de la gymnastique, le développement du thermalisme et des bains de mer, contribueront à imposer la minceur comme forme idéale. Les années 1920 sont des années de changement décisif avec l'évolution des mœurs et la définition d'un nouveau profil pour le corps des hommes et celui des femmes que l'on décrit comme « élancé » : « la dynamique l'a emporté sur la statique, le droit sur l'arrondi. Le bouleversement est central : jambes hautes, bassin effilé, buste étiré. Le profil en « S » de la vieille ondulation souple... a cédé devant un profil en « I », soulignant l'élancement systématique des tenues et des traits » (Vigarello, 2010). L'image du « gros » se transforme et c'est une approche plus compassionnelle de la société qui émerge. Ce n'est plus un fautif qui abuserait de la bonne chère, mais un individu en souffrance.

La publicité s'empare de la question en vantant les mérites de la balance et le marché de la lutte contre l'obésité s'ouvre avec l'introduction d'un ensemble de techniques (électrothérapie, héliothérapie, hydrothérapie...) et de soins. La deuxième

¹⁷ L'histoire du Corset telle que nous la retracent Hubert Barrère et Charles-Arthur Boyer (2011) est celle d'un objet dont la fonction première fut de protéger les organes vitaux et de « contenir la chair molle et blanche des femmes ». Néanmoins, les dégâts qu'il provoqua sur les fonctions vitales telles que l'estomac, l'intestin, le foie, l'utérus, les dysfonctionnements digestifs, amena Napoléon à le qualifier « d'assassin de la race humaine ».

moitié du XXème siècle continue à mettre l'accent sur la minceur, relayée par la presse magazine qui consacre de longs articles à l'hygiène de vie, à la santé, au culte du corps. Cette évolution renforce la stigmatisation de l'obèse qui devient une charge pour la société, un sujet coûteux. L'obésité est scientifiquement mieux cernée et atteint le statut de « maladie » qui trouve ses causes dans la consommation d'aliments riches en calories et aux modes vie.

Un des intérêts essentiels de cette genèse de la métamorphose des corps est de mettre en évidence l'association permanente de deux normes. La première est d'ordre social, avec le constat qu'avant de devenir un enjeu contemporain, l'obésité était loin d'être une préoccupation centrale pour les individus. La seconde est d'ordre sanitaire, avec l'apparition d'un phénomène inédit devenu un enjeu de santé publique menaçant notre système de protection sociale. Ramené au rang d'épidémie, la dimension sanitaire aurait pris le pas sur la dimension sociale si l'on veut bien s'en tenir aux nombreuses définitions de l'obésité. Pour le dictionnaire de l'Académie Française, l'obésité, du latin « *obesistas* » (*de même sens*), signifie « excès d'embonpoint dû au développement du tissu adipeux ». Définition proche de celle donnée en 1998 par l'International Obesity Taskforce (IOTF), constitué d'experts sur lesquels s'appuie régulièrement l'OMS : « excès de masse grasse qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé ». Si l'OMS reprend cette définition pour faire de la maladie, une « maladie chronique », elle l'élargit aux conséquences économiques et sociales, qui touchent indifféremment les pays riches et les pays pauvres.

1.3. La mesure et la démesure du « gros »

La mesure de l'obésité est une question qui est loin d'être accessoire. Derrière l'IMC se cache un indicateur médical d'identification des sujets ou groupes à risque, ainsi que l'autorité d'une norme à laquelle les individus sont censés se conformer.

Deux auteurs, Thibaut de Saint Pol (2007) et Jean-Pierre Poulain (2009) ont rendu compte de la « petite histoire » de l'IMC et de ses controverses. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) connu sous le nom de son fondateur Adolphe Quételet

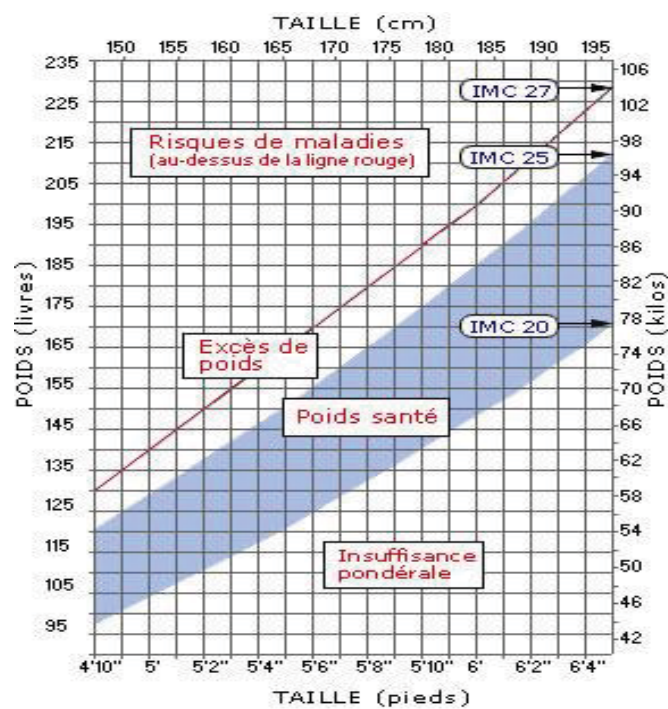
(1796–1874), a été reconnu comme l'outil de référence international de mesure du surpoids en 1997, lorsque l'OMS a qualifié l'obésité d'épidémie mondiale. Ce sont les médecins qui, les premiers, ont porté un intérêt à l'indice de Quételet à un moment où ils ont perçu, sans pouvoir le démontrer scientifiquement, que l'obésité représentait une menace potentielle pour la santé des individus. Les assureurs aux Etats Unis dans les années cinquante, se le sont appropriés. Ils ont voulu faire la preuve que les personnes en surpoids entraînaient des coûts de traitement supplémentaires, car leur espérance de vie était moins longue que celle des individus dont le poids était évalué comme « idéal » (Singer-Vine, 2009).

La formule de calcul de Quételet met en rapport le poids en kilogrammes et la taille des individus (Kg/m^2). Elle s'est imposée en 1972, à l'issue d'une étude conduite à grande échelle en 1952, par le nutritionniste américain Ancel Keys dans sept pays : États Unis, Finlande, Hollande, Japon, Italie, Yougoslavie, et Grèce. A partir d'un échantillon de 13 000 personnes, ce chercheur va établir des comparaisons sur les habitudes alimentaires de ces pays et les risques de maladies cardio-vasculaires. Il démontrera que les Finlandais et les Américains qui consomment en quantité importante des graisses saturées, ont un seuil de crise cardiaque dix fois supérieur aux autres pays. Il assurera indirectement la promotion du régime méditerranéen considéré comme le plus protecteur contre les maladies cardiaques du fait de sa composition, riche en fruits et légumes, huile, pâtes, le pain et les olives. Enfin, ses travaux ouvriront la voie à une approche quantifiée des processus biologiques en étudiant les relations entre la taille et le poids, l'incidence de l'alimentation sur le volume de graisse dans le sang et les risques coronariens (Fischler et Masson, 2008, p. 22). L'indice de Quételet initialement conçu pour mesurer la dynamique de la croissance des individus au cours de leur développement, va se muer en « *Body Mass Index* » (ou IMC en français) destiné à désigner le normal et le pathologique en matière de corpulence (Poulain 2009).

C'est une étape décisive car, jusqu'alors, les recherches médicales n'avaient aucun outil standard sur lequel s'appuyer en dehors des tables de mortalité utilisées par les compagnies d'assurance. Pendant les vingt-cinq années qui vont suivre, d'autres formules seront testées, démontrant les difficultés à établir un idéal type de

poids. Pas moins de sept formules sont recensées par Thibaut de Saint Pol : Broca, Lorentz, Devine, Perrault, Creff, Monnerot-Dumaine, Bornhardt. Ce sont les travaux anthropométriques et les études épidémiologiques qui contribueront à universaliser l'indice. Les Instituts Nationaux de la Santé¹⁸ aux Etats Unis généraliseront l'IMC comme mesure de l'obésité dans les années 1980 et en 1997, le « surpoids » sera établi par l'OMS sur le calcul d'un IMC compris entre 25 et 29,9 et « l'obésité » sur un IMC supérieur ou égal à 30 (Figure 3).

Figure 3. Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)



Source : Bougersanté (<http://www.bougersante.ch/site/>)

Lecture : Un individu est en surpoids si son indice de masse corporelle est supérieur à 25 et obèse si son IMC est supérieur à 30

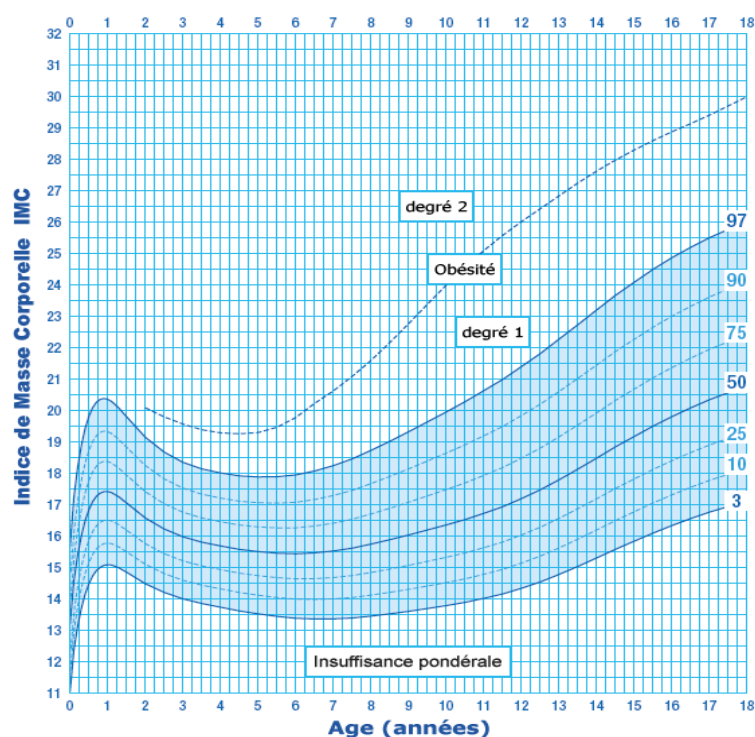
En 1998, l'IOTF ajoutera à la définition de l'obésité adulte trois subdivisions au niveau du seuil de l'obésité avec une graduation de 1 à 3 pour « l'obésité modérée ou

¹⁸ Le National Institutes of Health (NIH) aux Etats Unis est l'équivalent de l'INSERM en France. Il est considéré comme le plus grand centre mondial de recherche en médecine et en biomédical avec 27 instituts et Centres de recherche et plus de 18 000 salariés.

commune » (IMC entre 30 et 34,9) « l'obésité sévère » (IMC entre 35 et 39,9) et, « l'obésité massive » ou morbide (IMC supérieur à 40). Cette dernière subdivision correspond à l'évaluation d'un risque majeur pour la santé avec une mortalité précoce puisque, pour les individus entre 25 et 35 ans, celle-ci, est douze fois plus élevée que chez les personnes de poids normal (Dargent et Pascal, 2002, p. 40). La stabilisation de cette classification internationale ne se fera pas sans mal. C'est ce qu'explique Jean-Pierre Poulain (2009), qui donne un rapide aperçu du travail sous influence des commissions et groupes d'experts de l'IOTF et de l'OMS pour arrêter les catégories « surpoids » et « poids normal » : « En une nuit, pas moins de 35 millions d'Américains vont devenir en surpoids » à la suite du glissement de la frontière entre poids normal et surpoids de 27,6 pour les hommes et 27,3 pour les femmes à 25 pour les deux sexes confondus.

La définition internationale d'un IMC pour les enfants et les adolescents sera bien plus difficile à établir en raison du paramètre de la croissance. Il a été proposé de rapporter l'IMC à des courbes de corpulence. La difficulté majeure a été de tenter d'uniformiser les courbes de corpulence différentes d'un pays à l'autre. La France, par exemple, depuis 1995, retient la classification élaborée par Marie-Françoise Rolland-Cachera (1991, pp.191-200) à partir de courbes de percentiles. Le seuil du surpoids chez l'enfant, comprenant l'obésité, s'établit au 97^e percentile avec deux degrés d'obésité. Le degré 1 de l'obésité pour un IMC égal ou supérieur au 97^e percentile et le degré 2 pour les IMC égaux ou supérieurs à la courbe qui rejoint l'IMC de 30 kg/m² à 18 ans (Figure 4).

Figure 4. Courbe de l'IMC chez les garçons de 0 à 18 ans



Source : PNNS – Ministère de la santé

Lecture : L'IMC augmente au cours de la première année de vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans. « Le rebond d'adiposité » a lieu en moyenne à 6 ans puis progresse ensuite.

En 2000, l'étude conduite dans six pays (Brésil, Grande-Bretagne, Hong Kong, Pays Bas, Singapour, Etats-Unis) auprès d'un échantillon de 97 876 hommes et 94 851 femmes de la naissance à 25 ans (Cole et al., 2000), a servi à l'IOTF pour proposer une définition internationale de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'enfant. La courbe de percentile de l'IOTF établit les seuils de surpoids et d'obésité au-dessus du percentile 25 à 18 ans.

L'IMC est une source de controverse. Parmi ses partisans, le FAO (Schetty, James, 1994) de l'Organisation des Nations Unies pour qui, l'outil de mesure présente au moins deux qualités principales. L'ajustement du poids par la taille donnerait une bonne appréciation du degré de gravité de la dénutrition et de la suralimentation. En outre, l'IMC n'est pas exclusivement dépendant du paramètre « taille », ce qui autoriserait des comparaisons entre groupes d'âge, entre professions, entre populations issues d'autres régions ou pays du globe. En 2003,

un groupe d'experts placé sous l'égide de l'OMS, insistera sur l'importance des subdivisions de l'IMC qui constitueraient des instruments d'aide à la décision par leur capacité :

- à comparer de façon significative le poids au sein d'une population et d'une population à l'autre ;
- à identifier des sujets et des groupes à risque accru de morbidité et de mortalité ; la détermination des interventions prioritaires au niveau des individus et des groupes ;
- à constituer une base de données permettant d'évaluer les interventions.

Sa formule serait considérée comme plus précise que les autres supports et plus facile à calculer pour identifier l'obésité chez l'adulte « durant toute la période ontogénétique » (Dolores et Serrano, 2003, p. 592). Enfin, l'IMC tirerait sa légitimité des études longitudinales réalisées depuis plusieurs siècles ce qui en ferait une base de référence pour effectuer des études comparatives (Shetty et James, 1994).

Les objections au recours exclusif de l'IMC portent principalement sur sa capacité à mesurer le poids, car l'outil ne tiendrait pas compte de la masse musculaire, de l'ossature et de la répartition des graisses (Cawley et Burkhauser, 2006). Il serait considéré comme une mesure « grossière » par l'OMS (2003, p. 9). Lors de l'examen de la proposition de loi visant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie en 2008, le Sénat Français s'est immiscé dans le débat en considérant que l'indicateur était « sommaire », qu'il ne rendait pas compte des deux âges extrêmes que sont l'enfance et le grand âge. Le Sénat fait part de sa préoccupation de voir l'IMC s'imposer comme une norme qui conduirait à la définition d'un « absolu », ceci d'autant plus que les risques d'erreurs seraient importants. Peu d'études ont été menées sur la validité de l'IMC comme mesure du pourcentage de matières grasses (Ode et *al.*, 2007). Aux Etats Unis, des travaux ont démontré qu'une analyse linéaire de l'obésité à l'appui de l'IMC sans la prise en compte de certaines variables comme le sexe, l'âge ou la race serait de nature à introduire des biais et des différences importantes dans la proportion des individus considérés comme obèses.

Dans ces conditions, la prudence est de mise dans son utilisation. Il existerait, en effet, un risque de voir cette « norme médicale » se transformer en « norme sociale » (Poulain, 2009). Il y aurait un danger de classer à tort des sujets comme obèses, en les poussant inutilement à suivre des régimes ou inversement, en donnant l'illusion à des sujets d'être en bonne santé alors qu'ils souffrent d'un excès de graisse (Singer-Vine, 2009).

La mesure du tour de taille a été suggérée comme une alternative simple à l'IMC. Ce serait un « outil précieux » pour évaluer les risques du surpoids sur la santé selon Jaap C. Seidell et *al.* (2001). Cette technique consiste à mesurer le tour de taille à l'aide d'un ruban afin d'identifier un excès de graisse au niveau de l'abdomen. En 2010, les conclusions d'une enquête conduite durant huit années auprès de 9 753 hommes et 15 491 femmes âgés de 35 à 65 ans ont été rendues (Silke Feller et *al.*, 2010). L'enquête portait sur les liens entre nutrition, style de vie et incidences sur les maladies chroniques, en particulier le diabète de type 2. Il apparaît que le risque de diabète est aussi élevé chez les individus dont la corpulence est « normale » selon l'IMC mais dont le tour de taille est supérieur à la moyenne (supérieure à 94 cm pour les hommes et supérieure à 78,5 pour les femmes). Au final, il ressort que ces sujets présentent des risques accrus de mortalité et qu'une évaluation exacte du risque de diabète de type 2 imposerait de prendre en compte à la fois l'IMC et la mesure du tour de taille (Tableau 2).

Tableau 2. Evaluation des risques pour la santé à l'appui de l'IMC et du Tour de taille

Tour de taille (TT)	Catégories de poids selon l'IMC (kg/m ²)		
	Normal 18,4 – 24,9	Surpoids 25 – 29,9	Obésité 30 et plus
Hommes : 102 cm Femmes : 88 cm	Risque le plus élevé	Augmentation du risque	Risque élevé
Hommes : 102 cm Femmes : 88 cm	Augmentation du risque	Risque élevé	Risque très élevé

Source : Fondation des maladies du cœur du Canada (www.fmcoeur.ca)

Dans la pratique, les cliniciens combinent ces deux techniques pour apprécier les risques d'hypertension, de diabète, ou des troubles cardio-vasculaires.

2. L'obèse en situation sociale

Nos sociétés occidentales seraient « lipophobes » (Fischler, 1987, pp. 255-278), c'est à dire qu'elles auraient tendance à rejeter le gras et le gros sous l'effet conjugué des normes médicales et des canons esthétiques. Le temps où le surpoids représentait une valeur élitiste est révolu. Place à la stigmatisation de l'obésité et à l'appréciation des mécanismes qui sous-tendent la stigmatisation et leurs effets sur la santé et les trajectoires sociales des individus. Le phénomène tendrait à se développer en France, selon Jean-Pierre Poulain (2010), sans toutefois atteindre le niveau de gravité constaté aux Etats-Unis. Les sujets obèses seraient, en quelque sorte, soumis à une double peine, avec, d'un côté, la souffrance d'un corps meurtri par la charge pondérale et, de l'autre, la honte face au regard social réprobateur. C'est ce que traduit Vincent de Gaulejac (1996) dans « Les sources de la honte », où les individus souffrent des « violences humiliantes » qui les conduisent à un repli sur soi et, de la mise à distance des autres dont le regard traduit la gêne. Ce croisement d'éléments caractériserait la violence sociale qui « provoque une souffrance d'ordre psychique qui ne peut être atténuée que par un changement dans la situation sociale » (De Gaulejac, 2009, pp. 47-59).

2.1. L'obèse, un sujet incertain

La sociologie américaine a étudié cette question à la fin des années 1960 avec Werner J. Cahnman (1968). Il est le premier à transposer la notion de stigmaté à l'étude de l'obésité en renvoyant à l'idée de « disgrâce sociale ». Plusieurs auteurs lui ont emboité le pas (Maddox et *al.*, 1968), Allon (1979), DeJong (1980), Sobal (1984, 1989, 1992). La sociologie française s'est penchée, à son tour, sur cette thématique, dans le courant des années 1980 avec Claude Fischler (1987, 1990), Jean-Pierre Poulain (2001, 2002, 2009, 2010), ou Jean-Pierre Corbeau (2004), pour ne citer que les principaux auteurs. La quasi-totalité de ces études font référence aux travaux précurseurs d'Erwin Goffman sur la stigmatisation pour tenter d'appréhender le discrédit, la détresse et la souffrance des sujets obèses.

La souffrance débiterait dès l'enfance et l'adolescence selon Laurence Tibère et *al.* (2007). L'école est présentée comme « l'un des principaux lieux » de construction de la stigmatisation. Pour illustrer le propos plusieurs récits ont été tirés du forum du site Internet « obésité.com ». A partir d'un échantillon de 127 individus de 12 à 18 ans, ont été mises en lumière des paroles qui traduisent une forme de brutalité, de violence, qui marquerait durablement les futurs adultes. Il en résulterait un processus « d'auto dévalorisation progressive » qui se caractériserait par une atteinte à l'image de soi, une exclusion réelle ou ressentie, un isolement et un repli sur soi. Au niveau des enfants, les conséquences seraient « dramatiques » tant au niveau social, qu'au niveau affectif et psychologique. Est mise en avant l'altération des résultats scolaires, pour ne pas parler « d'échec scolaire » (Poulain, 2010, p. 294), en raison de l'exclusion de la vie du groupe ou de la volonté de se cacher, de « se soustraire aux actions de la vie quotidienne, ne plus aller à la piscine, ne plus aller en cours d'éducation physique et sportive et même ne plus vouloir aller à l'école... ».

A ces causes, la pédiatre Marie-Laure Frelut (2003) ajoute des facteurs psychopathologiques associés qui, bien que ne touchant pas exclusivement les enfants obèses, n'en demeureraient pas moins des facteurs aggravants. Elle vise en particulier les troubles de l'apprentissage comme la « dyslexie-dysorthographe », qui « requièrent un traitement spécifique avant ou pendant la prise en charge ». Au niveau des relations affectives et plus spécifiquement des rapports amoureux ou des jeux de séduction, les entraves seraient aussi nombreuses. A l'âge de l'adolescence, ces difficultés deviendraient majeures alors qu'il ne s'agit, le plus souvent, que d'un épisode dans la vie de ces jeunes. Cette absence de prise de conscience expliquerait les demandes de perte de poids et conduirait, selon Laurence Tibère et *al.*, à renforcer la stigmatisation de ces individus. Pour Jérôme Dargent (2005, p.208), ces difficultés à accomplir ces activités et la désocialisation qui en découlerait, conduiraient « nécessairement » à rapprocher l'obésité du handicap avec des conséquences psychiques importantes, dans la mesure où les individus seraient privés d'un avenir (« à-venir ») car leur horizon serait bouché.

L'ouverture sur le terrain de la souffrance psychique de l'obèse renvoie à Alain Ehrenberg et à l'ouvrage « L'individu incertain » (1995). Il fait la démonstration que

dans les sociétés hédonistes, « l'individu souffrant » serait venu évincer « l'individu conquérant ». Il se retrouverait seul dans un monde incertain, pour tenter de donner un sens à sa vie, là où existaient, autrefois, « de nombreux mécanismes sociaux qui favorisaient des automatismes de comportements ou d'attitudes ». Dès lors, le sujet en souffrance chercherait des solutions à ce mal-être en recourant à l'usage de produits tels les drogues ou les psychotropes. Ce niveau d'analyse doit cependant être élargi, selon Ehrenberg, au sujet qui va « payer avec son corps, sans ingérer le moindre psychotrope ». Des conduites à risques comme l'anorexie ou la boulimie seraient alors mises à jour. Ce serait des signaux qui seraient envoyés aux cliniciens sur les changements de pratiques addictives. Cette évolution des « conduites toxicomaniaques », particulièrement marquée chez les adolescents et les « jeunes adultes », intègre les troubles des comportements alimentaires. Ces troubles seraient forts chez les collégiens, les étudiants, ainsi que « dans les couches sociales dans lesquelles l'exigence de réussite sociale est forte ». Les femmes seraient plus touchées que les hommes prises par le « souci de l'image corporelle et de préoccupations générales concernant le contrôle pondéral en Occident ».

Les régimes deviendraient des outils de contrôle. Alain Ehrenberg cite le psychiatre américain Richard Gordon (1992) qui voit dans ces usages, un moyen pour le sujet qui « se sentait auparavant non seulement faible, mais déprimé et vide », de se procurer « une sensation de maîtrise et d'euphorie ». A l'opposé, les excès alimentaires qui peuvent conduire à une prise de poids excessive, renverraient pour le nutritionniste Bernard Jacotot et *al.* (2003, p. 118), à « une espèce de rempart s'interposant entre le monde et le sujet », un moyen de mettre à distance autrui, et d'enfourer son angoisse. Méfions-nous cependant de verser dans le discours médical pour répondre à ces souffrances, déclare Ehrenberg car elles « se situent au-delà du normal et du pathologique ». C'est aussi le message d'alerte qu'adresse à la communauté médicale, Jean-Pierre Poulain (2004, 2010). Le remède peut être pire que le mal, dit-il en substance.

Une lecture médicale de l'obésité prendrait un double risque : celui de contribuer par l'approche scientifique à renforcer l'étiquetage des sujets obèses et de légitimer certaines pratiques comme les régimes, alors que « les taux d'échecs » seraient très

élevés et pourraient être, au contraire, une nouvelle source de complications sur la santé. Jean-Philippe Zermati et Gerard Apfeldorfer (2010) ont dressé un bilan des régimes amaigrissants dans deux études, l'une portant sur 29 programmes amaigrissants, l'autre sur un échantillon de 2 400 personnes. Ils constatent que la perte de poids est relativement faible (3 kilos en cinq ans, pour les individus dont le poids moyen est de 100 kilos) et que, neuf fois sur dix, les personnes retrouvent leur poids initial dans les deux ans. Leur conclusion est sans appel : les régimes amaigrissants ne feraient pas maigrir durablement, mais ils pourraient faire « grossir définitivement en mettant en œuvre des processus psychologiques ou physiologiques irréversibles ». Arnaud Basdevant (2004, p. 95) ne dit pas autre chose quand il constate que l'examen clinique de l'obésité est trop souvent centré sur la perte de poids et qu'il faut « s'affranchir d'une vision médicale normative » (le « poids idéal ») pour prendre en compte aussi une dimension psychologique. Se limiter à la seule prescription d'une restriction alimentaire, c'est prendre le risque « de déclencher des prises alimentaires réactionnelles et accroître la sensibilité aux stimuli alimentaires favorisant l'alternance de phases de restriction et d'impulsivité alimentaire (yo-yo) ».

2.2. L'obèse est-il condamné à l'invisibilité ?

Le sujet obèse serait-il condamné à l'invisibilité ? A cette question, Charisse Goodman répond par l'affirmative dans l'ouvrage, « *The invisible woman* » (1994, pp. 4-7). Elle décrit le quotidien de la femme américaine obèse. De la lecture du journal le matin, aux propos tenus par ses collègues au travail, en passant par son coiffeur à la fin de la journée, ou les publicités à la télévision, elle ne reçoit qu'un seul message : « Perdez du poids. Vous n'êtes pas réellement une femme tant que vous n'êtes pas mince ». Elle évoque la figure moderne du « bouffon », l'exemple de ce qui ne faut pas être, le sujet que l'on affuble de qualificatifs négatifs : « *inattractif* », un être que l'on ne peut aimer (« *unlovable* »), sans succès (« *unsuccessful* ») et sans glamour (« *unglamorous* »). Ces femmes sont tantôt présentées comme des rebelles hostiles aux normes de la minceur, tantôt comme des personnes faibles, incapables de faire les bons choix. En 2008, John Morgan décide de s'intéresser aux cas des hommes dans « *The Invisible Man* » car, il considère que la stigmatisation ne

touche pas exclusivement les femmes. Dans la préface de l'ouvrage, il explique qu'il s'adresse aux hommes invisibles qui ont été négligés et stigmatisés, qui se sont battus pour accéder à des soins, ou qui ont été reçus de façon incorrecte par des professionnels de santé qui considèrent que les troubles alimentaires ne touchent que les femmes. Ces représentations qui déprécient les individus, qui les mettent en marge de la société, constituent le terreau où s'enracinent les discriminations.

Jeffrey Sobal (1984) rappelle que Natalie Allon aux Etats-Unis, a été une pionnière dans l'étude de ces sujets en 1970. Ses contributions ont été, depuis, largement reprises dans les revues scientifiques. De l'école (Richardson et Royce, 1968, Latner et *al.*, 2007), à l'environnement du travail (Rothblum, 1990, 1992), jusqu'au statut matrimonial (Sobal et *al.*, 1992), les domaines portant sur la discrimination des obèses sont particulièrement larges. L'analyse des conséquences sociales de l'obésité est une réalité en Amérique du Nord depuis les années 1960 relayée par le traitement judiciaire de certaines affaires. En France, il faudra attendre la fin des années 1990 pour que le thème de la discrimination soit inscrit dans « le lexique ordinaire de l'action publique » (Fassin, 2002). Cantonnée au domaine strict des origines ethniques, la notion s'est enrichie pour s'étendre aux personnes qui sont victimes de traitements différenciés alors qu'ils sont placés dans des situations comparables. Un important arsenal juridique a été constitué pour lutter contre les discriminations. Le code pénal organise la répression : origine, sexe, situation de famille, grossesse, apparence physique, état de santé, handicap, caractéristiques génétiques... (article 225-1). L'ensemble de ces motifs est sanctionné par des peines de trois à cinq ans d'emprisonnement et à des amendes de 45 000 à 75 000 euros (article 225.2).

Des sociologues se sont mobilisés autour de ces questions. Ils se sont efforcés d'apporter un contenu statistique à ce phénomène. Philippe Bataille (1997) et Jean-François Amadieu (2003, 2005) ont dirigé plusieurs études portant sur les discriminations en milieu professionnel. En 2005, ce dernier publie sur le site de l'Observatoire des Discriminations dont il est le directeur, un article au titre évocateur : « L'obèse : l'incroyable discriminé ». Il part du résultat d'un sondage qui fait apparaître que, pour 75 % des Français, entre des candidats ayant des

compétences égales, les individus obèses ont moins de chance de trouver un emploi que les individus sans surcharge pondérale. Il s'appuie sur des méthodes américaines de mesure des stéréotypes pour établir les discriminations à l'embauche. Ces méthodes reconnues par le Bureau International du Travail (BIT) sont qualifiées « d'audit par couple ». Elles consistent à envoyer deux curriculum vitae pour une même offre d'emploi, en modifiant une seule variable : soit l'origine raciale, soit l'âge, soit le handicap, soit l'apparence physique (personne obèse ou visage disgracieux), ou le genre (femme avec enfants). Deux types d'emploi sont testés : commerciaux et télévendeurs. Pour chacun de ces emplois, deux candidats « factices » sont présentés avec des transformations physiques des visages réalisées par ordinateur mettant en évidence ou non, chez les candidats, une surcharge pondérale (Illustration 2) :

Illustration 2. Transformation informatique de la photo d'un curriculum vitae d'un candidat à un emploi de commercial



Candidat n°1 à un emploi de commercial après transformation de la tenue vestimentaire



Candidat n°2 à un emploi de commercial après transformation informatique du visage

Source : Observatoire des discriminations (<http://www.observatoiredesdiscriminations.fr>)

Les résultats sont édifiants. Sur 200 offres d'emplois, les candidats obèses ont deux fois moins de chance de bénéficier d'un entretien d'embauche. Les candidats obèses à des emplois de commerciaux reçoivent 60 % de moins de réponses positives que les candidats sans surcharge pondérale et 16 % de moins pour des emplois de télévendeurs. Jean-François Amadiou propose un test sur les « préjugés envers les personnes en surpoids » sur le site de l'Observatoire. A partir d'un kaléidoscope de visages de poids moyen et en surcharge pondérale, il invite le

participant à associer une série de mots positifs et négatifs à ces visages qui défilent sur l'écran. Les catégories de mots sont les suivantes (Illustration 3) :

Illustration 3. Série de mots associés à un test sur les préjugés envers les personnes en surpoids

Mots positifs	Mots négatifs
Agréable, Astucieux, Heureux, Honnête, Intelligent, Méthodique, Serviable, Sérieux, Tolérant, Travailleur	Désagréable, Egoïste, Ignorant, Inconscient, Irréfléchi, Malheureux, Malhonnête, Peu fiable, Stupide, Vaniteux

Source : Observatoire des discriminations (<http://www.observatoiredesdiscriminations.fr>)

Son objectif est de démontrer que les préjugés sont tenaces et, « qu'aux préjugés s'ajoutent des stéréotypes » enseignés par notre culture, dès le plus jeune (2005). A une époque où « l'injonction à la visibilité semble concomitante de l'avènement d'une société de l'image », où les individus sont soumis « en permanence au regard d'autrui », Nicole Aubert et Caroline Haroche (2011, p. 10) avancent l'idée que la relation au corps devient centrale, « le corps demeurant l'unique fondement sûr quant à la construction du sujet, et le seul bien sur lequel il puisse effectivement s'appuyer ». Dans un tel contexte, les sujets obèses seraient fragilisés, « puisque ce qui n'est pas visible ne peut pas être reconnu », ce qui affecterait leur identité et les conduirait au repli sur soi et à l'enfermement dans le cercle vicieux de l'obésité.

Par un renversement de tendance, la médecine s'est emparée du thème de la stigmatisation pour souligner combien ce phénomène pouvait affecter la santé psychique et physique des individus. Une étude américaine publiée par le *Journal Pediatrics* (Puhl, Peterson et Luedicke, 2011), rend compte de l'usage du vocabulaire dans la prévention et dans le traitement de l'obésité chez les enfants âgés de 2 à 18 ans. Il est démontré, à partir d'un questionnaire renseigné par un échantillon de 445 parents, que les termes « gras », « obèse », et « extrêmement obèse » utilisés par les médecins, ont une connotation péjorative et seraient perçus comme stigmatisant. Les parents leur préféreraient les expressions « excès de poids » et « problème de poids », jugés plus motivants pour agir sur l'obésité. Les auteurs de l'article concluent que les pédiatres dont le rôle est essentiel dans la prévention et le traitement de l'obésité, et plus globalement les professionnels de la

santé, doivent veiller à utiliser un vocabulaire approprié. A défaut, ils prennent le risque de voir leurs efforts compromis par la stigmatisation de la parole.

Markus H. Schafer et Kenneth F. Ferraro (2011), se sont également penchés sur les incidences de la stigmatisation des sujets obèses sur leur état santé. Ils ont pris, comme élément d'étude, le stress et ses conséquences. Ils s'inscrivent dans la lignée des recherches qui ont pointé que notre organisme devrait en permanence s'adapter dans un environnement en perpétuel changement : rythme cardiaque, respiration, énergie stockée sous forme de graisse... D'après Bruce S. McEwen (1998), deux facteurs détermineraient les réponses des individus aux situations stressantes : la manière dont les individus percevraient la situation et leur état de santé général qui inclurait des facteurs génétiques mais également le comportement et les styles de vie des individus. Certains d'entre eux, chroniquement stressés, pourraient présenter de sérieux troubles physiologiques. En effet, l'organisme résisterait au niveau d'insuline pouvant entraîner une augmentation du diabète de type 2, une sensation permanente de fatigue, l'irritabilité, une baisse de moral, et une augmentation de la graisse abdominale. Peggy A. Thoits (2010) complète cette analyse en introduisant un ensemble de variables qui accroîtraient le niveau de stress et donc de risque sur la santé. Les facteurs de risque se multiplieraient en fonction du statut marital et de son appartenance à une classe sociale. La vie en couple serait un rempart contre le stress. Ceux qui auraient un position socioéconomique élevée seraient aussi moins exposés que ceux qui auraient un faible niveau d'éducation et de ressources. Les minorités ethniques, les minorités sexuelles, les « groupes dévalués » (dans lesquels figurent les obèses), seraient plus affectés par le stress, compte tenu des discriminations dont ils seraient victimes. Les parcours de vie avec des écarts de santé observés selon l'appartenance à des groupes favorisés ou défavorisés, l'estime de soi et/ou le soutien social complètent le tableau des facteurs de risque. L'auteur conclut que les politiques publiques devraient davantage inclure ces risques liés au stress de façon à réduire les inégalités des individus devant la santé.

3. L'obésité et ses déterminants sociaux s'inscrivent dans une relation de causalité circulaire

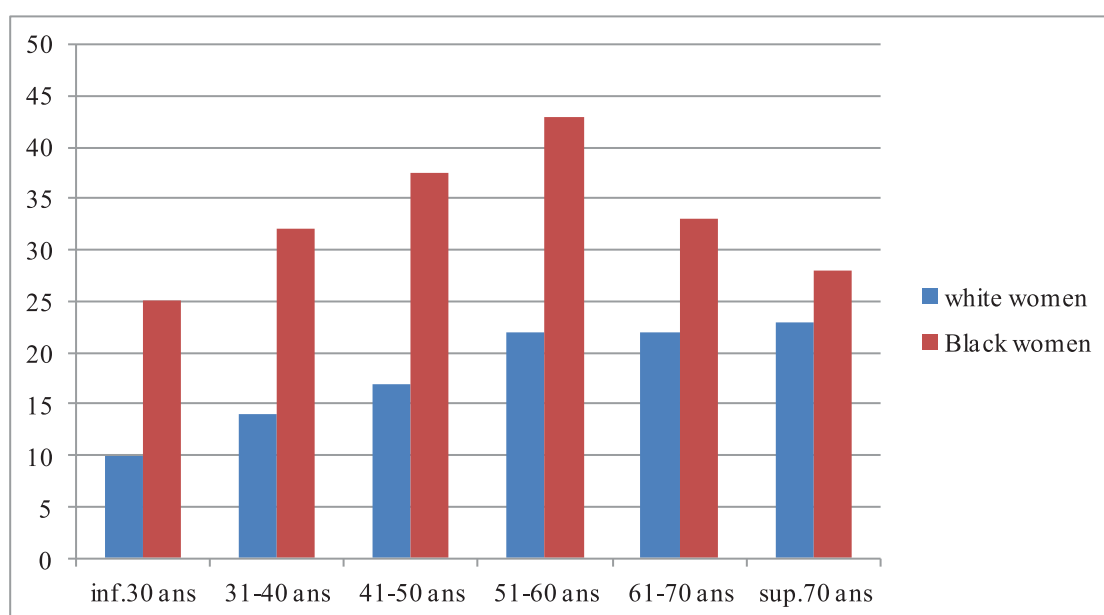
L'IMC en tant que norme de référence ne dévoile aucune information sur les groupes sociaux touchés par l'obésité. S'ouvre, pour le sociologue, une voie de réflexion plus qualitative. Elle prend appui, dans un premier temps, sur une photographie de la distribution sociale de l'obésité pour rechercher, dans un deuxième temps, les facteurs causals de l'accroissement régulier de l'épidémie. Si l'on suit Jean-Pierre Poulain (2002, 2009), entre l'obésité et les déterminants sociaux s'établirait une relation de causalité circulaire (l'auteur parle de « relation inversée »), c'est-à-dire que, si effectivement certains facteurs comme les positions sociales et les modes de vie des individus participent au développement de l'obésité, l'obésité à son tour pourrait influencer les trajectoires sociales.

3.1. La distribution sociale de l'obésité

Dès les années 1950, la psychanalyse a établi un lien entre obésité et appartenance de classe. L'enquête d'Hilde Bruch (1994), réalisée dans un quartier de New York, a démontré que l'obésité chez les femmes issues des « couches inférieures » de la société, était six fois supérieure à celle des classes aisées. Il y a plus d'une dizaine d'années la sociologie américaine s'est emparée du sujet. La littérature qui en a découlé, dresse un constat sur le nombre important de facteurs de prévalence de l'obésité et sur la difficulté à les évaluer. Elle a aussi souligné que les femmes étaient globalement plus touchées que les hommes. L'article de Sobal et Stunkard « *Socioeconomic status and obesity : A review of the literature* » (1989), fait référence. Il prend appui sur une revue de littérature de 144 études où sont mis en relation l'obésité et le statut socioéconomique. Il ressort une relation inverse dans les pays développés, entre statut socioéconomique et obésité pour ce qui concerne les femmes. Pour ces dernières, la prévalence de l'obésité aurait tendance à progresser avec la diminution du statut socioéconomique. Les enquêtes itératives conduites aux USA par le *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I - 1971–1993 et NHANES II -1976–1991) montrent une prévalence de l'obésité supérieure

chez les femmes noires avec une progression de 22 % chez les moins de 30 ans et de 42 % chez ceux âgés de 50 à 60 ans (Abell et *al.*, 2007). Pour Youfa Wang et May A. Beydoun (2007), l'association entre les déterminants socioéconomiques et l'obésité serait toutefois plus complexe selon les ethnies. La séparation entre population blanche et population Afro-Américaines ne serait pas aussi tranchée que pour d'autres minorités en raison de l'image du corps, du style de vie ou de l'environnement social et physique (Figure 5).

Figure 5. Prévalence de l'obésité par groupe d'âge chez les femmes noires et les femmes blanches (en %) aux USA

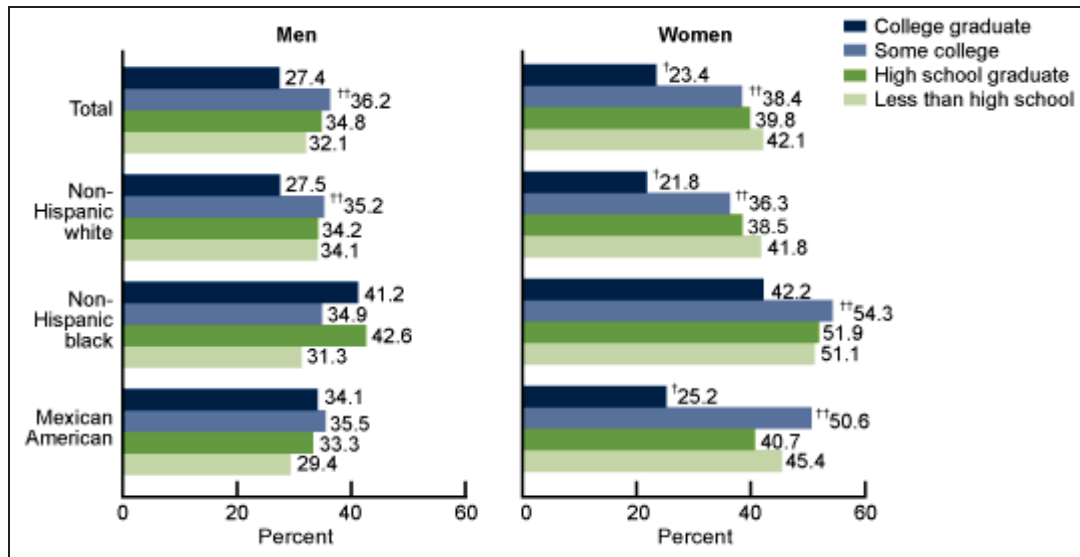


Source : Public Health Reports – 2007

Il existerait une corrélation entre revenu, niveau d'éducation et obésité. Les femmes à faible revenu, seraient susceptibles d'être plus affectées par l'obésité que celles qui ont un revenu élevé mais, d'après les auteurs, la majorité des femmes obèses n'aurait pas un faible revenu. En 1992, Robert J Kuczmarski, établit une relation étroite entre obésité et faible niveau de scolarité et de ressources après une recherche conduite de la fin des années 1970 à 1980 aux Etats Unis. Les récentes données de la *National Health and Nutrition Examination Survey* (Ogden et *al.*, 2010) confirment ces premiers constats. Pour ce qui concerne l'éducation, l'étalon de mesure est le diplôme. Il n'y a pas de tendance significative pour les hommes. En revanche, la prévalence de l'obésité serait supérieure chez les femmes à faible

niveau d'instruction, par comparaison à celles titulaires d'un diplôme universitaire (Figure 6).

Figure 6. Prévalence de l'obésité aux Etats Unis chez les adultes de 20 ans et plus selon les critères de l'éducation, du sexe, la race et l'ethnie



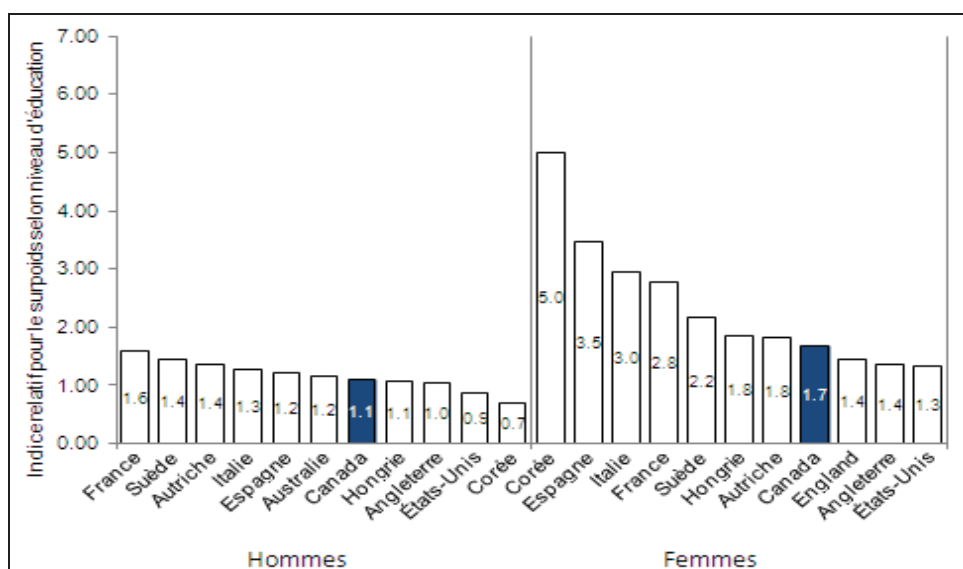
Source: CDC/NCHS National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008

Ces travaux ont trouvé un écho en Europe. Jaap C. Seidell (1995), note une plus grande variation de la prévalence de l'obésité chez les femmes. Il ajoute qu'un IMC supérieur à 30 est relativement commun pour les femmes des pays des régions du Sud et de l'Est de l'Europe. Dans les pays scandinaves, J.Sundquist et SE. Johansson (1998), confirment le lien entre ethnicité (« pays de naissance ») et l'IMC. Ils ouvrent la voie à une étude plus large des déterminants sociaux avec l'influence du niveau d'éducation. Pour les femmes, le faible niveau d'éducation expliquerait un IMC plus élevé. En 2000, la vaste enquête MONICA¹⁹ conduite sous l'égide de l'OMS et relative aux maladies cardiaques (Molarius et *al.*, 2000), va dans ce sens :

¹⁹ MONICA (MONItorage des maladies CARDio-vasculaires) est considérée comme la plus vaste enquête jamais réalisée sur les maladies cardiaques. L'enquête s'est déroulée sur 10 ans (du milieu des années 80 au milieu des années 90) dans 21 pays sur 38 populations, soit un échantillon de plus de sept millions d'hommes et de femmes âgés de 34 à 64 ans. Ce projet a permis de mesurer les risques de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral en raison du tabagisme, de la tension artérielle, du taux de cholestérol sanguin et du poids. (Communiqué de presse de l'OMS du 25 février 2000).

chez les femmes, il y aurait une relation significativement inverse entre le niveau d'éducation et l'IMC. Près de dix ans après cette enquête, l'Institut d'économie de la santé de Winterthour (WIG) en Suisse, renforce ces résultats (Schmidhauser, Wieser, Brügger, 2009). L'Institut a procédé en 2009, à une revue de littérature pour identifier les déterminants socioéconomiques qui contribueraient à la progression de l'obésité dans les pays de l'OCDE. La recherche documentaire porte sur un échantillon de 677 études. A côté des facteurs socio-économiques touchant à l'environnement (l'éducation physique dans les écoles, le tabagisme, l'éducation, la régulation environnementale et les régulations du marché de l'alimentation - taxes, subventions etc.), le niveau d'éducation aurait son importance dans la progression de la maladie. Le risque de surpoids et d'obésité serait d'autant plus élevé que le niveau d'éducation serait faible comme en témoigne la figure 7, ci-après :

Figure 7. Indice relatif d'inégalité de l'embonpoint par niveau d'éducation



Source : OCDE

Enfin, le dernier paramètre est relatif au revenu. Des études récentes (Ascher, 2005, p. 176), ont démontré que la prévalence de l'obésité toucherait plus particulièrement les individus à faible revenu. Là aussi, les femmes, seraient plus sensibles que les hommes aux variations de ce gradient.

En France, pour dresser la photographie de la distribution sociale de l'obésité, le sociologue dispose d'une information moins dense qu'en Amérique du Nord. Certains auteurs la qualifient « d'embryonnaire » comme Faustine Régnier (2004, p.69). La critique peut sembler sévère, mais ce constat peut être validé pour l'hôpital où le manque de données de routine fait régulièrement défaut (Potvin et *al.*, 2010). La France a progressivement compensé son retard en se dotant d'une importante base de données dans laquelle les chercheurs peuvent puiser pour conduire leurs recherches. A commencer par l'enquête épidémiologique ObEpi²⁰ qui, depuis 1997, sert de référence à la quasi-totalité des travaux de recherche sur l'obésité, qu'ils soient menés par des médecins, des épidémiologistes, des économistes ou des sociologues.

²⁰ L'enquête est réalisée tous les trois ans par le laboratoire Roche en partenariat avec la TNS HealthCare Sofres.

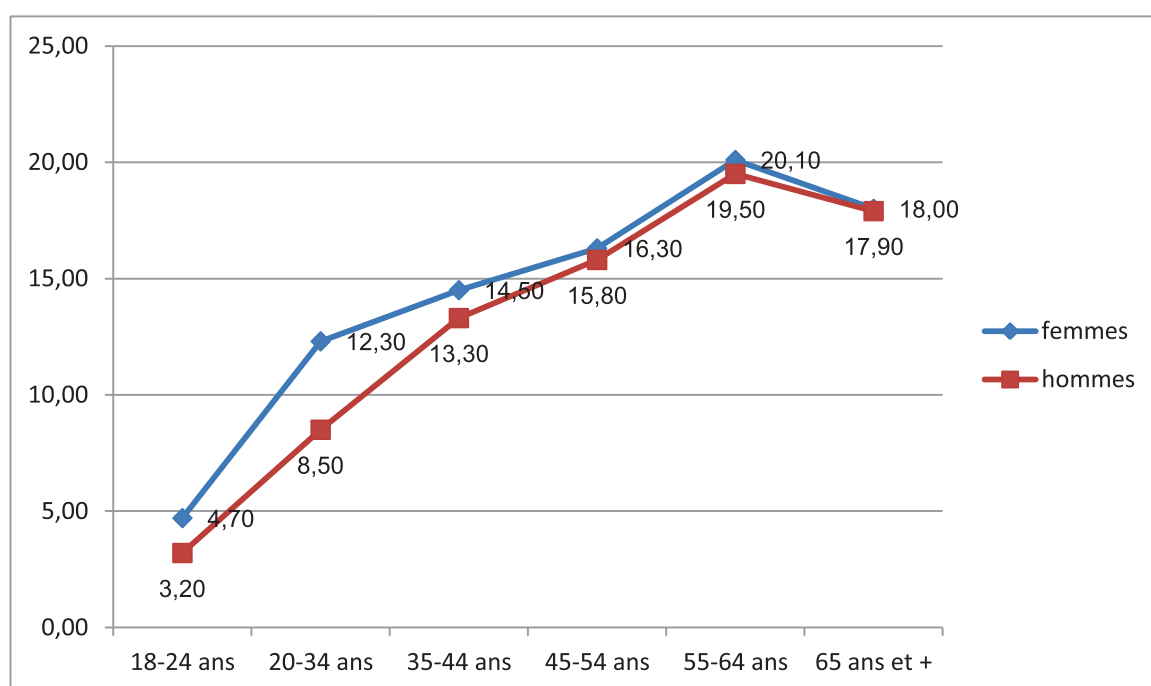
Cette base s'enrichit d'autres sources en particulier celles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rattachée au Ministère de la santé. Elle fournit régulièrement des analyses et des statistiques sur la question. De même, l'INSEE par l'intermédiaire de ses enquêtes, contribue à nourrir les recherches par une radiographie de l'état sanitaire et des conditions de vie des Français. Peuvent être encore citées les enquêtes décennales de santé de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)²¹. Depuis les années 1960, elles portent sur l'analyse des évolutions des dépenses médicales selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le revenu, la région de résidence... Elles assurent aussi le suivi de la morbidité des assurés sociaux à partir de certains indicateurs de santé : invalidité, risque vital. L'ensemble de ces sources doit être manipulé avec précaution. Comme le précise Marion Devaux et *al.* (2008, pp. 29-47), les méthodes mobilisées pour mesurer l'état de santé et les inégalités sociales peuvent influencer l'ordre de grandeur des résultats. « Or l'ensemble des indicateurs ne décrit pas de la même manière les inégalités de santé [...]. Chaque indicateur est sujet à une hétérogénéité sociale de déclaration, c'est-à-dire a des différences de déclaration selon les groupes sociaux à état de santé comparable, différences qui sont également qualifiées de biais de déclaration dans la littérature ». C'est notamment le cas des enquêtes de l'IRDES qui ne seraient pas « absolument représentatives de l'ensemble de la population française dans son ensemble, car elles utiliseraient la base du régime général de l'assurance maladie » (Girard, Cohidon et Briançon, 2000, repris par Régnier, 2004).

Nous retiendrons toutefois, une source d'information principale qui fait autorité dans le domaine de l'obésité, à savoir, l'enquête ObEpi. Son pilotage est assuré par un comité scientifique de sept membres, pour l'essentiel des médecins et des chercheurs. La cinquième édition a été réalisée en 2009 auprès d'un échantillon de 27 243 individus âgés de 15 ans et plus. La France compterait 14 273 888 individus en surpoids avec un IMC compris entre 25-28,9 et 6 488 131 individus avec un IMC supérieur à 30. L'obésité massive (IMC supérieur à 40) concernerait 492 203 français. La prévalence du surpoids et de l'obésité progresserait chez les hommes et

²¹ Anciennement Credoc, puis CREDES et IRDES depuis le 1er juin 2004.

les femmes et ce, dans toutes les tranches d'âges (Figure 8). Toutefois, la progression serait plus importante chez les femmes que chez les hommes. Avant 45 ans, l'obésité féminine serait supérieure à celle des hommes mais les courbes de progression tendraient à se rejoindre après 55 ans. Thibaut de Saint Pol (2007), dans une enquête pour l'INSEE, ajoute que l'augmentation est particulièrement forte dans les classes de femmes jeunes laissant entendre que l'épidémie risquerait de s'accroître dans les prochaines années.

Figure 8. La prévalence de l'obésité progresse régulièrement avec l'âge chez l'homme comme chez la femme (en %)

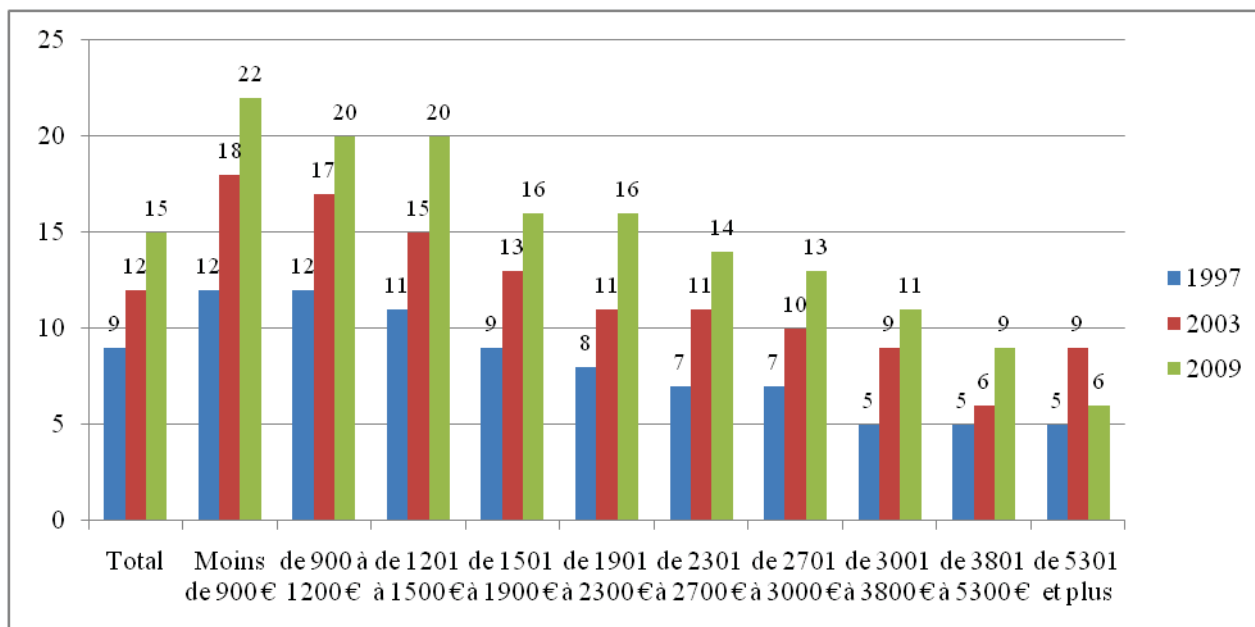


Source: ObEpi-Roche 2009

Pour ce qui concerne les variables « revenu » et « niveau d'instruction », l'enquête corrobore les observations des études américaines ou européennes à savoir, une progression de l'obésité inversement proportionnelle au niveau de revenu et d'instruction comme le montre la figure 9, en page suivante. Thibaut de Saint Pol (2010, p. 134) affine ces données en faisant apparaître un accroissement des différences entre les hommes et les femmes. Les premiers verraient leur corpulence moyenne augmenter avec la progression des revenus alors que pour les secondes, ce serait le contraire : la corpulence tend à baisser avec l'augmentation des revenus. Pour les femmes, c'est surtout dans la tranche à haut revenu que la relation serait la

plus apparente. En outre, moins on est diplômé selon Thibaut de Saint Pol (2007), plus grands seraient les risques d'être obèse. Les titulaires d'un deuxième et d'un troisième cycle universitaire seraient bien moins touchés que ceux ayant quitté le système scolaire à l'issue du collège ou des filières techniques courtes. Cette relation est davantage marquée chez les femmes. En 2003, une femme avec une taille d'1m 63, sans diplôme ou avec seulement le brevet, pesait 3,9 kg de plus et 1,2 kg de moins si elle possédait un diplôme de l'enseignement supérieur, par comparaison à une femme de taille, de classe d'âge, de niveau de vie et habitant dans une zone géographique comparable, mais n'ayant qu'un niveau Bac.

Figure 9. Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction des revenus nets mensuels du foyer



Source: ObEpi-Roche 2009

Les catégories socioprofessionnelles et les disparités régionales apportent un nouvel éclairage sur les déterminants sociaux (Potvin et al., 2010). Ces catégories permettent de mettre en évidence une prévalence de l'obésité moins importante chez les cadres supérieurs et les professions libérales que chez les agriculteurs ou les ouvriers. Cet écart, quelles que soient les enquêtes, a toujours été mis en avant mais, « les disparités entre ces catégories se sont nettement accrues » sur les vingt dernières années, sans toutefois devenir une variable significative, selon Thibaut de Saint Pol (2007). La prévalence de l'obésité serait en progression sensible pour les

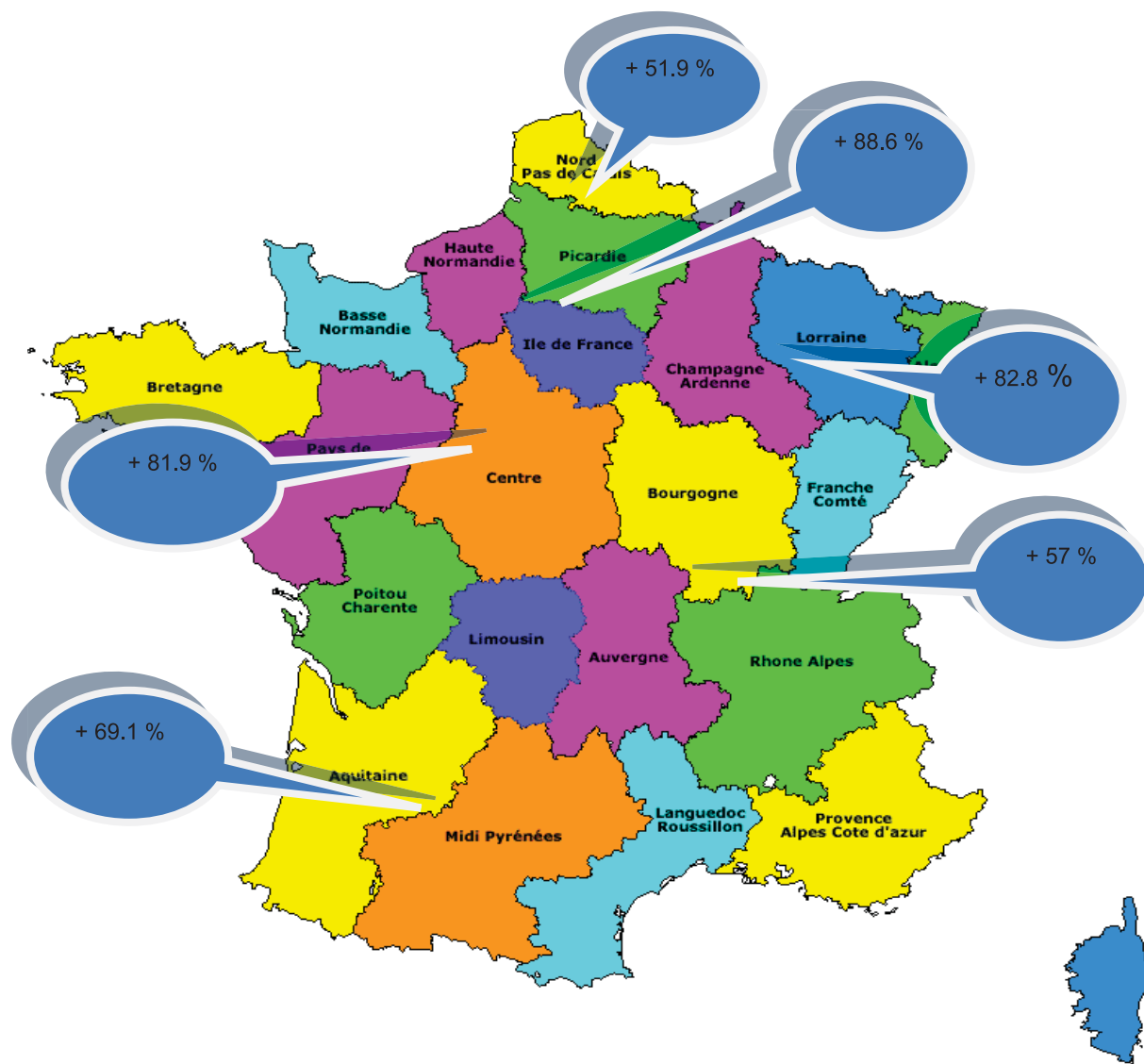
agriculteurs (+ 6 points de 1992 à 2003) par comparaison aux cadres dont la progression serait positive, mais moins rapide (+ 2 points). Le découpage entre les activités d'encadrement et d'exécution montrerait des différences plutôt chez les hommes que chez les femmes. Ceux qui exerceraient des activités d'encadrement, seraient « légèrement plus minces » que ceux cantonnés à des fonctions d'exécution. Lorsque l'on introduit la variable « emploi » dans la grille de lecture, les écarts seraient plus marqués au sein de la population féminine, « en moyenne, 5,5 kg séparent une enseignante de 1,63 m d'une agricultrice de même taille et de même classe d'âge », alors qu'ils seraient présentés comme plus insignifiants pour les hommes. Sur ce point, on peut compléter utilement cette enquête par une étude d'Yves Spyckerelle et *al.* (2002, pp. 17-20) faisant le lien entre emploi et précarité. Réalisée en 2001, dans 51 centres d'examen de santé de l'assurance maladie, auprès d'une population de 4 683 individus âgés de 16 à 30 ans, elle fait apparaître un risque élevé de surcharge pondérale et d'obésité chez les individus en situation précaire : alors que « la fréquence est de l'ordre de 4,5 % chez les sujets non précaires, elle est de 11 % chez les Rmistes et de 7 % chez les jeunes de 16-25 ans » au chômage, ou en contrats aidés.

L'accroissement de l'obésité est général dans toutes les régions françaises avec, cependant, certains écarts entre la zone méditerranéenne où la prévalence serait plus faible que dans le Nord ou l'Est de la France comme le démontre en page suivante, l'illustration 4. L'enquête ObEpi confirme les statistiques de l'INSEE qui soulignaient déjà, en 1981, un taux d'obésité supérieur aux autres régions françaises²². Les habitants vivant en milieu urbain seraient aussi moins touchés que ceux vivant en milieu rural. En 2003, « un Parisien de 1,75 m pèse en moyenne 2 kg de moins qu'un homme de la même taille et de la même classe d'âge, et ayant un

²² Le découpage sur lequel s'appuie l'INSEE ne correspond pas au découpage administratif actuel des 22 collectivités territoriales situées en France métropolitaine. L'INSEE prend appui sur des zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) qui comprennent une ou plusieurs régions administratives. Définies en 1967 en partenariat avec le Commissariat général du Plan et la DATAR, ces ZEAT sont au nombre de huit : Région Parisienne, Bassin Parisien, Nord, Est, Ouest, Sud-ouest, Centre-Est, Méditerranée (+ Régions d'outre-mer et département d'outre-mer).

niveau de vie et de diplôme identiques, mais habitant une commune de 2 000 habitants » (De Saint Pol, 2010).

Illustration 4 L'obésité progresse dans toutes les régions françaises



Source : D'après l'enquête ObEpi Roche 2009

Lecture : La Région Parisienne l'Est et l'Ouest connaissent les taux de progression de l'obésité les plus élevés entre 1997 et 2009 avec des progressions respectives de + 88.6%, + 82.8% et + 81.9%

Le traitement de ces données statistiques soulève cependant des difficultés en termes de « fiabilité » (Poulain, 2002). Les auteurs précédemment cités se veulent particulièrement prudents. S'ils mettent bien en évidence l'existence de relations

entre obésité et facteurs sociaux, ils évitent d'en déduire des rapports de causalité trop simples (De Saint Pol, 2010) pour s'en tenir à des hypothèses de travail.

3.2. La corrélation entre l'obésité et le statut socio-économique

Il existe une littérature abondante sur l'étude des différenciations des états de santé selon les facteurs sociaux (Goldberg et al., 2002, pp.75-128). Par contre, pour ce qui concerne le problème spécifique de l'obésité, en dehors des recherches épidémiologiques, la place laissée à la sociologie sur ces questions est encore limitée. Les travaux se concentrent sur l'influence des modes vie sur la progression de l'obésité (Poulain, 2002, 2004 et 2009) avec deux composantes que sont les comportements alimentaires et les activités physiques. L'association d'une activité physique suffisante et d'une alimentation adéquate agirait favorablement sur la santé de l'individu tout en ayant un effet bénéfique sur le bien-être personnel.

Pour les comportements alimentaires, on sait de longue date, avec Luc Boltanski (1971, pp. 222-223), que se crée une « hiérarchie sociale » des aliments entre les classes supérieures et les classes populaires. Les classes supérieures ont tendance à valoriser la minceur en priorisant « les aliments de régime qui nourrissent sans faire grossir », c'est à dire « les aliments sains et légers, légumes verts et grillades ou crudités ». Pierre Bourdieu (1979) démontrera que des conditions d'existence différentes produisent des habitus différents, que les classes populaires ont tendance à valoriser une nourriture plus riche en lien avec des activités physiques de force par comparaison à une classe bourgeoise qui s'attache davantage à une alimentation saine et des activités de relaxation associées. C'est ce que confirment Claude et Christiane Grignon (1980, pp. 531-569), qui opposent les produits « sur-consommés » par les classes dominantes, comme la viande de boucherie (« les viandes bourgeoises » avec le veau, le bœuf et le mouton)²³, le poisson, le

²³ Cette analyse repose sur une vaste enquête réalisée en 1975 auprès d'un échantillon de lecteurs de « 50 millions de consommateurs » (12 300 ménages représentant 43 000 individus). Les auteurs émettent cependant, des réserves sur le recueil d'information dans la mesure où l'échantillon n'est pas véritablement représentatif de la population française. En effet, les classes dominantes,

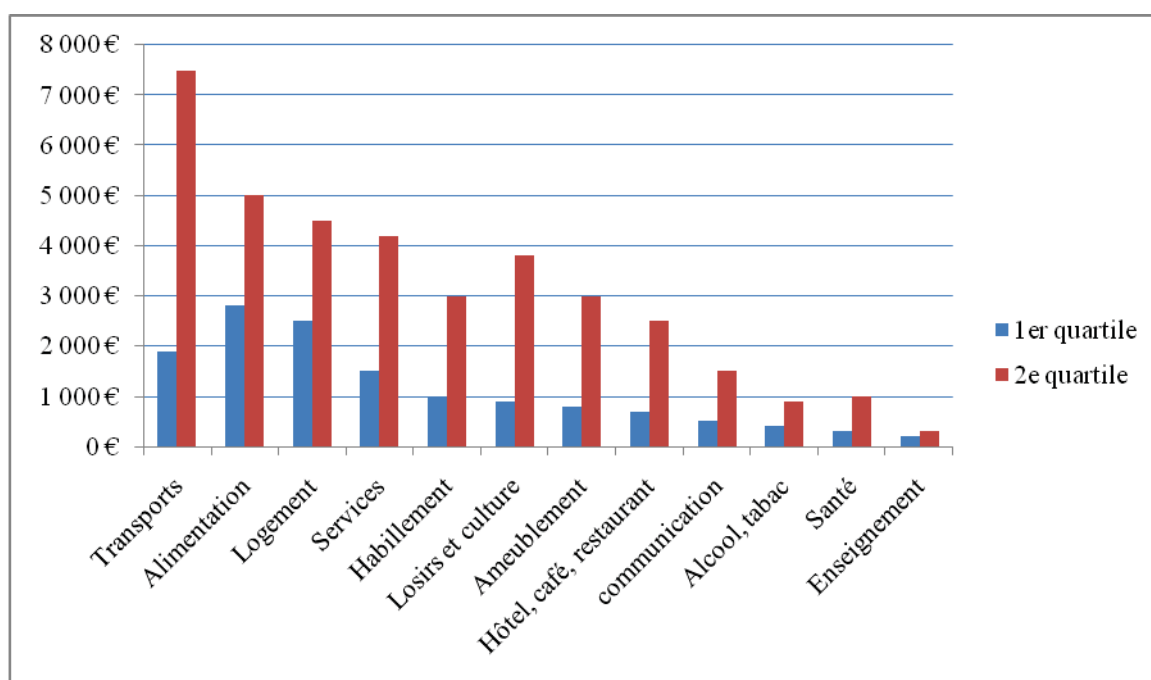
fromage... et, ceux privilégiés par les classes populaires comme les pommes de terre, les pâtes alimentaires, le pain. Ces derniers produits, selon Jean-Pierre Poulain (2002), incarneraient la valorisation « de l'énergétique ».

Quarante ans après l'analyse de Boltanski, une étude du CREDOC (Recours et *al.*, 2006), corrobore le fait que les contraintes budgétaires des foyers pèseraient sur le choix des types de produits avec une priorité donnée pour les familles défavorisées aux aliments riches en calories et faibles en qualité nutritionnelle. Nicolas Herpin (2004), explique qu'il faut aussi tenir compte des arbitrages que réalisent les ménages dans « l'intérêt commun » de la famille. Il reprend une contribution de Maurice Halwalbach sur l'analyse des comportements différenciés de consommation selon le milieu social, pour démontrer qu'une hiérarchisation des priorités des dépenses se réaliserait. Cette priorisation serait fonction des goûts et des préférences des individus. Le logement, l'habillement, la consommation alimentaire rentreraient en concurrence. Les enquêtes sur le budget des ménages publiées très régulièrement par l'INSEE mettent en évidence que les dépenses de logement (loyers, charges, travaux courants d'entretien, eau, gaz, électricité et autres combustibles) constituent le poste le plus important suivi par les dépenses d'alimentation.

L'INSEE a publié en 2006 une enquête sur la consommation des ménages par poste de dépenses qui reflète de très fortes disparités (Figure 10). De façon globale, l'INSEE constate que l'alimentation, dans le budget, occupe un part d'autant plus importante que le niveau de vie du ménage est faible. Pour les ménages à revenu modeste (1^{er} quartile), le logement resterait le premier poste des dépenses suivi par l'alimentation. Ces deux postes représenteraient 41 % du total des dépenses pour ces foyers, alors qu'il ne représente que 27 % pour les ménages les plus aisés (4^{ième} quartile).

surreprésentées dans l'échantillon (25 %), seraient plus enclines à lire ce type de publication que les classes populaires.

Figure 10. Consommation par poste de dépense, selon le niveau de vie du ménage



Source : INSEE - Enquête budget des familles 2006

L'obésité serait donc « une affaire de moyen », pour les nutritionnistes Jean-Michel Cohen et Patrick Sérog, interviewés dans le quotidien *Le Monde* (Amalou, Blanchard, 2006) : « les produits premiers prix auraient une qualité nutritionnelle plus que médiocre et seraient susceptibles de contribuer à la progression de l'obésité, notamment dans les milieux défavorisés ». Le prix des produits contribuerait au développement de l'obésité. C'est ce que confirment deux études de l'INRA (Caillavet et Darmon 2005, Caillavet et *al.* 2009), en réponse à l'interrogation sur la capacité des foyers modestes à s'alimenter de façon équilibrée avec un petit budget. Les aliments bon marché seraient riches en apports caloriques mais pauvres « en nutriments essentiels », alors que les produits recommandés à forte « qualité nutritionnelle » (fruits, légumes, poissons...), seraient souvent les plus chers.

L'impact des produits de premiers prix sur l'obésité est cependant controversé. Il faudrait en effet, dépasser la « simple valeur d'usage » (Baudrillard, 1970, p. 61) des produits alimentaires, pour introduire une dimension symbolique, où le produit devient un signe de différenciation à partir duquel il exprimerait le statut des individus. Tel est le constat de Jean-Michel Lecerf, médecin à l'Institut Pasteur et au CHU de Lille et de la psychologue Sylvie Benkimoun. Pour ces derniers, certains aliments

participant à l'équilibre nutritionnel ne sont pas choisis par les familles les moins aisées, parce qu'elles n'auraient pas envie de les consommer : « Le croissant c'est le luxe, le pain c'est la régression sociale [...]. Quand un aliment est consommé par des classes sociales élevées, vous le convoitez. Si son prix baisse, celui-ci va représenter ce que vous pouvez espérer de mieux, pour vos enfants notamment. En ce sens, la nourriture est la récompense la plus facile et la plus accessible ». (Amalou, Blanchard, 2006)

France Caillavet et Nicole Darmon (2005) expliquent les mécanismes de substitution et de complémentarité qui s'enclencheraient chez les plus modestes face aux augmentations des prix. L'exemple de la variation du prix du beurre est assez révélateur. Une politique qui consisterait à faire progresser le prix de ce produit de base (« dans la logique d'une *fat tax* ») pourra avoir comme effet, une baisse de sa consommation mais, dans cette logique de substitution, les ménages les plus modestes pourront aussi décider d'orienter leur choix, vers des huiles ou corps gras d'origine animale moins chers, mais considérés comme tout aussi nocifs pour la santé. Les incertitudes sur l'impact d'une telle mesure seraient donc importantes.

Aux Etats-Unis, les pouvoirs politiques ont souhaité introduire des taxes sur les matières grasses pour enrayer la progression de l'obésité. Des chercheurs de l'Université de Berkeley aux Etats-Unis (Chouinard et *al.*, 2007) ont étudié les effets de l'introduction de telles mesures en ciblant les produits laitiers qui représentent une part considérable de la consommation à domicile de produits gras par les américains. Ils ont démontré qu'une taxe de 10 % sur les produits laitiers aurait un faible impact sur la consommation de ces produits, de l'ordre de 1 %, soit treize grammes par semaine et par ménage selon le tableau 3. Cela équivaut à moins de un gramme par jour (0,67 g) par personne ou six calories par jour. Une taxe de 50 % diminuerait la consommation de seulement trente calories par jour et par personne, soit soixante-six grammes par semaine et par ménage (Tableau 3).

Tableau 3. Impact d'une imposition fiscale de la graisse des produits laitiers sur les prix à la consommation et sur les quantités consommées

Produit laitier	Taxe de 10 %			Taxe de 50 %		
	Prix	Quantité	Gras (en gr)	Prix	Quantité	Gras (en gr)
Lait 1 %	0,11	0,46	0,22	0,55	2,3	1,09
Lait 2 %	0,22	0,59	0,51	1,1	2,94	2,52
Lait sans gras	0	-0,44	0	0	-2,21	0
Lait entier	0,35	-1,44	-1,75	1,76	-7,23	-8,78
Crème fraîche	3,16	0,64	0,88	15,81	3,19	4,39
Additifs Café	1,4	-1,18	-1,43	7,02	-5,91	-7,14
Fromage naturel	3,16	-1,31	-1,58	15,81	-6,54	-7,9
Fromage fondu	2,37	-1,22	-1,24	11,84	-6,11	-6,2
Fromage râpé	3,16	-1,1	-1,17	15,81	-5,48	-5,84
Fromage à la crème	3,51	-1,84	-2,1	17,56	-9,21	-10,51
Beurre	7,73	-1,86	-7,5	38,64	-9,32	-37,53
Crème glacée	0,7	1,21	1,92	3,51	6,02	9,57
Cuire Yaourt	0,09	-0,03	0	0,44	-0,13	-0,01
Yaourt aromatisé	0,09	0,19	0,02	0,44	0,94	0,08
Total gramme			-13,22			-66,26

Source : Forum for Health Economics and Policy, Chouinard et al., 2007

Les chercheurs concluent au caractère improductif de la mesure, compte tenu du fait que la demande pour les produits laitiers est inélastique. Une taxe sur la matière grasse serait un bon moyen pour augmenter les recettes sans pour autant réduire la consommation de ces produits. De plus, la mesure frapperait en tout premier lieu les personnes âgées et les plus pauvres qui sont les premières victimes de ce véritable impôt. C'est ce que confirme Jean-Pierre Poulain (2008) dans un entretien au magazine l'Express, à la suite d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), préconisant une taxe nutritionnelle sur les aliments sucrés et salés. Jean-Louis Rastoin et Gérard Gherzi (2010, p. 468)

mettent en cause également l'efficacité de ces taxes qualifiées « d'aveugles » en ce sens qu'elles touchent l'ensemble des ménages sans discernement et plus particulièrement ceux « dont le coefficient budgétaire alimentation est élevé ».

L'annonce de la taxation des boissons sucrées (sodas et jus de fruits, « s'ils comportent du sucre ajouté ») par le gouvernement, dans le cadre du projet de loi de finances de 2012 et les réactions en chaîne qui se sont succédées, tant de la part des fabricants de *soft drink* que des nutritionnistes et de certains économistes, soulignent à l'évidence que la mesure est loin de faire l'unanimité. Pêle-mêle : « une mesure injuste, stigmatisante et sans fondement », pour l'Association Nationale des Industries Alimentaire (ANIA, 2011) ; « L'augmentation isolée du prix d'un aliment n'a aucune utilité en termes de santé publique, ni aucun sens sur le plan scientifique. Elle ne sert qu'à renflouer les caisses de l'Etat », selon le nutritionniste William Dab (2011) ; Un mesure « régressive » qualifiée de « taxe sur le péché », selon Pierre-Yves Geoffard, professeur à l'Ecole d'économie de Paris. Dans une chronique intitulée « Taxes et obésité, le choix des plus pauvres » publiée dans le quotidien Libération du 4 octobre 2011, l'économiste déclare : « plusieurs études empiriques ont montré que les politiques fiscales visant à influencer les comportements de santé [...] produisaient un effet plus important sur les personnes les plus éduquées et les plus riches, plus nombreuses à adopter un comportement « vertueux » à la faveur d'une telle incitation fiscale. C'est donc d'une manière plus profonde que cette taxe est régressive, puisque ses bénéfiques en santé profiteront peu aux plus démunis qui risquent de ne pas changer leur consommation et donc de subir de plein fouet une baisse de pouvoir d'achat. Ces « taxes sur le péché » (*sin taxes*), qu'elles s'appliquent au tabac, aux jeux d'argent, ou maintenant aux boissons sucrées, sont en fait de formidables « taxes sur la pauvreté », régressives dans leur répartition comme dans leurs effets ! ».

La deuxième composante qui expliquerait la progression de l'obésité serait liée à la diminution de l'exercice physique que ce soit au travail, à la maison, ou à des fins de loisir ou de transport. L'OMS (Cavill, Kahlmeier, Racioppi, 2006), dans un rapport d'expertise sur l'activité physique et la santé en Europe, établit que la pratique d'une activité physique serait un moyen fondamental pour améliorer la santé des individus

au niveau physique et psychique. Mais qu'entend-on par pratique d'une activité physique ? Il ne s'agit pas exclusivement d'une pratique sportive instituée, il peut s'agir de « pratiques informelles » (Ferréol et *al.*, 2008, p. 74) qui s'étendent de la marche, à la pratique du vélo en y incluant les passe-temps. Ces activités contribueraient à la fois, à la maîtrise de la prise de poids et au bien être mental. Mais, souligne le nutritionniste Jean-Michel Oppert (2007), « l'incitation à l'activité physique dans la population générale n'a de sens que dans le cadre d'une action de promotion et d'éducation à la santé au sens large, incluant les aspects nutritionnels ». Tout comme les pratiques alimentaires, la participation à une activité physique serait influencée par le contexte social, culturel, et physique des individus (Booth et *al.*, 2001).

En 2008, l'INSERM a publié les résultats d'une analyse réalisée par un groupe pluridisciplinaire d'experts sur les déterminants individuels et collectifs pouvant favoriser l'activité physique. Il ressort de ce rapport de plus de 800 pages, que les activités physiques et sportives auraient progressé de façon substantielle ces quarante dernières années. Une série d'enquêtes réalisée par l'INSEP et le Ministère de la Jeunesse et des Sports en 2000, le Ministère de la culture et l'INSEE en 2003, font état d'une pratique sportive chez 36 millions de Français âgés de 15 à 75 ans. Ils pratiquent au moins une fois dans l'année, une activité physique ou sportive (APS). A partir des résultats de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) de 2007 et de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), les experts affinent ces données pour constater que 63 % des adultes et 71 % des adolescents de 15 à 17 ans, pratiqueraient cinq jours par semaine, l'équivalent d'un minimum de trente minutes d'activité physique. Pour les enfants âgés de 3 à 10 ans, un tiers pratiquerait des jeux de plein air chaque jour, les deux tiers une activité sportive en dehors de l'école et 82,5 % d'entre eux, bénéficieraient d'un cours d'éducation physique à l'école. Depuis son apparition dans l'enseignement scolaire, l'EPS, expliquent Myriam Jacolin-Nackaerts et Jean Paul Clément (2008), a toujours intégré une dimension santé que ce soit au collège ou au Lycée.

A lire ce rapport, ces chiffres viendraient contester les écrits de certains Cassandres qui voient une généralisation de la sédentarité en France.

L'aménagement et la réduction du temps de travail et l'augmentation du pouvoir d'achat seraient les deux facteurs explicatifs de l'évolution positive des activités physiques. Toutefois, les auteurs dressent d'autres constats qui tendent à relativiser une vision trop positive de ces statistiques. S'il y a bien une progression de l'activité physique « volontaire », celle-ci serait loin d'avoir compensé la baisse des dépenses énergétiques liée à l'exercice de la profession ou du métier et l'on resterait « très éloigné du niveau de pratique de nos ancêtres ».

Malgré la démocratisation des activités sportives (Callède, 2007), des inégalités persistent et des écarts sont observés selon le statut socio-économique : « Être un homme, jeune, de 15 à 19 ans, avoir un revenu conséquent ou au moins régulier, posséder un diplôme et appartenir aux professions libérales ou aux professions intermédiaires vont, ainsi, de paire avec une participation plus forte, et une égalité plus grande entre hommes et femmes, aux activités physiques et sportives ». C'est ce que mettait déjà en évidence Luc Boltanski (1971, pp. 205-233) lorsque il établissait une « hiérarchisation sociale » des pratiques sportives en constatant une fréquence des activités physiques supérieure dans les classes bourgeoises par comparaison aux classes populaires. L'INSEE (Muller, 2003) observe que le niveau d'instruction serait un facteur d'influence sur la pratique d'une activité sportive. Dans les familles où un des parents est diplômé de l'enseignement supérieur, les jeunes de 12 à 17 ans pratiqueraient un sport dans 83 % des cas, contre 52 % dans les familles non diplômées. Cadres et professions libérales pratiqueraient plus intensément les activités sportives que les ouvriers quand on superpose position sociale et activités physiques (Christian Pociello, 1999). Les disparités se creuseraient davantage lorsque le revenu du foyer serait pris en considération. 80 % des jeunes pratiqueraient une activité sportive dans les foyers aux niveaux de revenu les plus élevés contre 60 % dans les foyers les plus modestes. La variable « revenu » jouerait un rôle essentiel pour accéder à certaines activités (Willard, 1995, p. 203). Elle contribuerait à construire des catégories sociales d'appartenance selon les pratiques (Le Pogam 1979, Pociello 1999) avec les activités sportives de tradition aristocratiques (turf, équitation...), bourgeoises (tennis, golf...) ou populaires (boxe, lutte...).

Des études complémentaires ont été réalisées afin de tenter d'expliquer les raisons qui conduiraient les membres des groupes sociaux économiquement défavorisés, à généralement moins pratiquer une activité physique par comparaison aux groupes aisés. Ont été mises en avant les inégalités de territoire avec les difficultés à accéder aux installations sportives et aux programmes d'activité dans certains milieux urbains (Popkin et *al.*, 2005, pp. 603 - 613). En effet, il y aurait une corrélation étroite entre activité physique et urbanisme. La conception des quartiers avec une forte densité résidentielle, des espaces verts et un réseau de transport suffisant, serait de nature à renforcer l'activité physique, selon Jennifer L. Atkinson (2005, pp. 304-309) ; le niveau d'instruction pour Jane Wardle et A. Steptoe (2003, pp. 440-443) expliquerait que les groupes à faible statut socio-économique soient moins conscients de la nécessité de pratiquer une activité physique pour la santé. Ils laisseraient une place plus forte à la croyance, qu'une bonne santé est le fruit du hasard alors que les groupes économiquement favorisés, seraient mieux informés et plus enclins à prioriser un style de vie associant activité physique et consommation de fruits et de légumes. A ces éléments, l'INSEE (2006) ajoute dans le cadre de la collecte des données sociales de la France, le facteur santé et « le sentiment d'être trop âgé » pour la pratique d'une activité physique, notamment dans les ménages les plus modestes.

4. Les coefficients multiplicateurs de l'obésité

L'augmentation très importante de la prévalence de l'obésité tiendrait à d'autres facteurs que l'on pourrait qualifier de coefficient multiplicateur. Ces derniers contribueraient au fort développement de la maladie. L'OCDE (Sassi, 2010) les qualifie de « multiplicateur social » et les regroupe en trois catégories.

4.1. L'offre des produits alimentaires et l'industrie agro-alimentaire au centre des controverses

Le rapport réalisé par la sénatrice Brigitte Bout (2010), pour le compte de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, explicite ce facteur causal. En effet, ces industriels soumis à un impératif de rentabilité seraient confrontés à une double contrainte avec, d'une part, la recherche de l'amélioration constante de la qualité et, d'autre part, la réduction des coûts de production. La publicité devient alors un outil essentiel avec des investissements considérables pour la promotion et la consommation des produits²⁴. Son influence sur la progression de l'obésité dans les populations les plus vulnérables, les enfants, serait à l'origine d'une vive controverse que retrace Camille Boubal (2011). Elle débute avec le présumé pouvoir de manipulation de la publicité. Ce pouvoir partage la communauté des chercheurs et ce, compte tenu « du peu de travaux indépendants sur ce sujet » et des « conclusions erronées » (Masserot, 2007) des recherches, qui ne prennent pas en compte le caractère multifactoriel des comportements alimentaires.

Cette question prend une nouvelle tournure au début des années 2000, lorsque les politiques s'emparent de l'obésité et sollicitent différents organismes (Direction Générale de la Santé (DGS), Agence Française de la Sécurité Sanitaire (AFSSA), INSERM, INPES), pour évaluer l'impact de la publicité sur la consommation des produits gras et sucrés. L'INSERM et l'AFSSA sont considérés comme les fers de lance de l'alerte sanitaire. L'idée d'encadrer la publicité à la télévision en 2004, dans le cadre du projet de loi sur la lutte contre l'obésité, donne lieu à une passe d'armes entre les politiques favorables à l'interdiction de la publicité et certains groupes

²⁴ Principale cible des annonceurs, les enfants. Aux Etats Unis, selon le rapport sénatorial de Brigitte Bout, ces derniers, chaque jour, sont soumis à soixante-cinq messages publicitaires à la télévision, dont la moitié concerne l'alimentation. Cette moyenne doit être corrigée à la hausse car ne sont pas comptabilisés les messages publicitaires transmis par l'intermédiaire d'Internet, des magasins et des écoles.

d'influence (associations de consommateurs, médecins, industriels de l'agro-alimentaires) qui « discréditent » les messages sanitaires sur la publicité, devenus effectifs en mars 2007. Ces messages que l'on peut lire dans les bandeaux d'information à la télévision ou dans les revues qui préconisent : « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour », « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière », ou « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré ou trop salé », seraient pour Marie Bénilde (2007, p. 3), « moins le produit d'une politique de santé publique que celui d'une bataille de lobbying qui s'est jouée en coulisses avec, au premier rang, l'industrie alimentaire et des publicitaires soucieux d'échapper à une législation trop contraignante ». Selon l'auteur, ces groupes de pression se sont déployés pour réaliser un travail de sape destiné à « édulcorer » la teneur des messages sanitaires. Des cabinets des ministères à l'utilisation de la presse en passant par l'Assemblée Nationale, les industriels auraient multiplié les efforts pour tenter de retarder la publication du décret d'application de la loi. Au final, les préconisations sanitaires diffusées dans les médias se seraient révélées « tellement inoffensives qu'elles sont largement reprises dans les publicités de fabricants pourtant en mesure de s'y soustraire s'ils choisissent d'alimenter la taxe de 1,50 % dévolue à l'INPES ».

La portée de ces messages varie, cependant, selon les groupes sociaux d'appartenance. C'est ce que démontre Thomas Depecker (2010). Il a étudié la compréhension des messages portant sur les conseils alimentaires du PNSS. Ces derniers seraient compris et interprétés de façon différente selon la position sociale des destinataires. Pour les mères classées dans les catégories populaires (« mères ouvrières, mères sans emploi ayant un conjoint ouvrier ou employé »), les messages du PNSS seraient perçus comme des « remèdes », des « injonctions à l'amaigrissement, au lieu d'y voir des conseils pratiques applicables ». La diététique serait considérée comme une discipline « fatigante », qui remettrait en cause « la rentabilité immédiate d'un corps privé de ce qui lui fournit son énergie ». Au contraire, les mères des catégories sociales supérieures, interpréteraient davantage les messages comme des conseils sur le plan de la santé, comme un moyen d'éviter le recours aux médicaments. La diététique, renverrait davantage à « des règles de vie

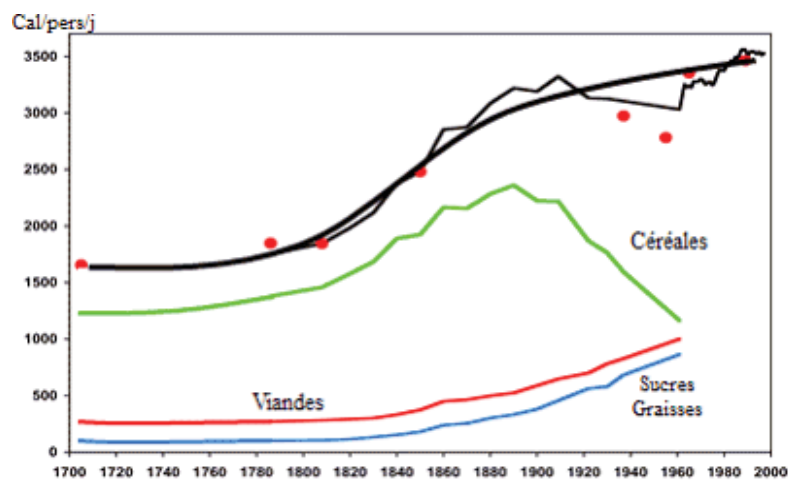
ajustées à un style de vie spécifique », dans la mesure où l'obésité serait considérée comme un long processus de dégénérescence.

La controverse connaîtra un nouvel épisode lorsque la Ministre de la santé propose de recourir en 2008, à des mesures contraignantes si l'industrie agroalimentaire ne s'engage pas à supprimer la publicité sur les écrans en faveur des produits alimentaires à forte densité énergétique, essentiellement gras et/ou, sucrés. L'absence, lors des premières réunions de concertation, des grands groupes agroalimentaires ou de la distribution tels Nestlé, Danone, Auchan ou Carrefour, souligne avec force, l'âpreté du sujet. La polémique enflera lorsque seront évaluées les possibles conséquences économiques de telles mesures sur le secteur audiovisuel qui pourraient entraîner « une diminution potentielle de l'offre des programmes jeunesse et, une fragilisation du secteur de la production d'animation française » (Maucourt, 2009). Après de multiples tractations l'ANIA, dans un communiqué de presse du 7 février 2008, décidera de « stopper de façon volontaire, toute communication sur les écrans ciblant les moins de 12 ans ». Une charte sera paraphée en février 2008, entre le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, les chaînes de télévision, les annonceurs, les publicistes, l'industrie agroalimentaire pour « promouvoir une alimentation et une activité physique favorable à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télé ».

Autre élément mis en accusation, la qualité des produits qui participerait selon Jean-Philippe Zermati et *al.* (2010), à la construction de notre patrimoine génétique depuis des siècles. Si l'évolution a été lente, en revanche, depuis une cinquantaine d'années, les bouleversements seraient profonds. D'une alimentation très riche en protéines, essentiellement animales, et en fibres alimentaires avec un faible niveau de sucre et de graisses saturées, notre alimentation aurait évolué vers un régime plus riche en acides gras (Figure 11). C'est le rapport entre les oméga-3 et les oméga-6 qui serait en question, deux familles d'acides gras poly-insaturés (AGPI). Schématiquement, la première famille est considérée comme un frein au développement des tissus adipeux, alors que la seconde, est définie comme un accélérateur. C'est dans la maîtrise de ce rapport que résideraient les bases d'un bon équilibre alimentaire. Ce serait un enjeu essentiel pour l'auteur, car si l'on veut

gagner « la bataille du comportement alimentaire », il faut fournir à l'individu des « produits de qualité dont la mémoire biologique correspond à ses besoins physiologiques ». C'est un véritable challenge quand on mesure la progression sur ces quarante dernières années, de la consommation des produits à base de fructose comme les boissons sucrées, ou des produits transformés qui viennent répondre à une demande des consommateurs de limiter le temps consacré à cuisiner. Elaborés par l'industrie agroalimentaire, ces produits seraient accusés de contribuer à la « malbouffe ».

Figure 11. La transition nutritionnelle en France



Source : Assemblée Nationale - Extrait du rapport n°3020 - 2010

Lecture : La France, comme l'ensemble des pays européens, a connu, au XXème siècle, une transition nutritionnelle vers un régime très riche en lipides et plus pauvre en glucides par comparaison aux siècles passés.

La mise en accusation des industriels de l'alimentation n'est pas nouvelle. En 1976, Claude Zidi aborde ce sujet dans le film « L'aile ou la cuisse », pour mieux dénoncer l'industriel Jacques Borel, fondateur des « Restauroutes », chantre de la restauration rapide et incarnation d'une alimentation industrialisée peu diététique. En 2004, Morgan Spurlock réalise un film documentaire « *Super Size me* » où il se met en scène en se nourrissant durant un mois, trois fois par jour, chez McDonald's. Sous l'œil de la caméra, l'effet est saisissant. L'auteur grossit de 13 kilos avec une dégradation de son état général de santé : taux de cholestérol en nette augmentation et lésion au foie. Ce film est un pamphlet violent contre la « *junk food* » et la chaîne

américaine de *fast food* accusée, par son omniprésence, de contribuer au développement de l'obésité aux USA.

En France, Jean-Pierre Poulain (2009), nous apprend que c'est à la suite d'un article d'avril 2004, paru dans l'hebdomadaire *Le Point*, intitulé « Malbouffe – Comment on nous gave de sucre », que la liaison entre obésité et alimentation de mauvaise qualité fera son entrée sur la scène médiatique et dans l'arène sociale. L'article (modifié sur le site de l'hebdomadaire en janvier 2007), livre une critique acerbe contre l'agroalimentaire qui serait responsable de manipuler les produits alimentaires de faible qualité nutritionnelle par l'ajout de sucre en quantité importante, « le plus souvent subrepticement, puisqu'il n'est pas obligatoire d'indiquer sur l'étiquette les quantités ajoutées ». Cette pratique aurait, entre-autre comme conséquence, de pousser à la consommation des produits de grignotage (ou *snacking*).

L'association de l'obésité à la malbouffe contribuerait à renforcer « l'anxiété sociale » (Emilien et *al.*, 2003) pour tout ce qui touche à l'alimentation. C'est ce que constatent Claude Fischler (1979) et Jean-Pierre Poulain (2002) lorsqu'ils observent que les repères du mangeur moderne, sont « brouillés, trompés, contournés » et qu'il découvre avec angoisse, que le progrès alimentaire qui a tant contribué à faire disparaître les pénuries devient un facteur de « périls nouveaux ». Claude Fischler (2003, 2008) étayera ses constats en précisant les relations ambivalentes qui lient les hommes aux aliments. Ce peut être une source de plaisir qui renvoie « au goût jubilatoire », c'est à dire « au désir d'ouverture, de curiosité pour l'aléité » (Corbeau, 2008), mais également un facteur d'écoeurement. C'est un vecteur de santé, mais aussi un véhicule d'infections. Il est implicitement fait référence aux crises sanitaires, qui se sont succédées ces dernières années, à l'origine d'une crise de confiance. Enfin, s'alimenter est un acte essentiel à la vie mais imposerait souvent, en contrepartie, de donner la mort aux animaux comestibles ce que refuseraient certaines cultures qui prouvent alors le régime végétarien comme pratique alimentaire.

4.2. L'interaction des conditions de travail

Ces dernières années, plusieurs études se sont attachées à démontrer le lien étroit entre conditions de travail et santé au travail. L'obésité, nous l'avons déjà été évoqué, touche davantage les ouvriers que les autres catégories socioprofessionnelles. L'enquête de l'Institut de Veille Sanitaire (Rouaud et Baude, 2008) réalisée en Haute Normandie par des médecins du travail apporte certaines précisions au regard de leur vécu quotidien. Les contremaitres, les agents de maîtrise, les chauffeurs et les ouvriers seraient les plus touchés par l'épidémie. La taille de l'entreprise et le type de prise en charge des repas par l'employeur seraient des facteurs ayant une incidence sur le surpoids ou l'obésité des salariés. La prévalence de l'obésité serait supérieure chez les salariés travaillant dans des entreprises de 100 à 299 salariés comme chez ceux bénéficiant d'une indemnité forfaitaire. Pour ce dernier facteur, on peut supposer que le plafonnement des indemnités de repas rend plus difficile le choix d'une restauration offrant le gage d'une alimentation équilibrée sauf à en payer le prix fort.

Mais, ce qui apparaît explicitement, c'est la relation entre certaines formes d'organisation de travail et le stress qu'elles engendrent. Flexibilité des horaires, travail posté, travail de nuit perturberaient les rythmes biologiques des salariés et provoqueraient des troubles cliniques à l'origine de diverses pathologies, dont l'obésité. Pour Bernard Fouquet et Christian Hérisson (2011, p. 43), les changements de rythme de travail participeraient à des « modifications métaboliques complexes », engendrant des comportements d'addiction (alcool, drogue) et des comportements alimentaires inadaptés à l'origine d'une prise de poids et d'une accumulation de graisse abdominale. Le travail de nuit est le plus régulièrement cité dans les causes des déséquilibres nutritionnels. Un rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental (Edouard, 2010), explique que les travailleurs de nuit, par leur mode d'alimentation « pauvre en fibres », à base de plats industriels et d'une consommation excessive de thé et café, paient le prix fort au niveau de leur santé. Ils seraient victimes d'importants troubles dyspeptiques, c'est à dire des douleurs ou des gênes au niveau abdominal, pouvant être accompagnés de régurgitations, de

brûlures d'estomac, de nausées et de ballonnements. L'obésité serait plus élevée chez les travailleurs postés selon Pierre Catilina, Marie-Claire Roure-Mariotti (2002, p. 494).

Sur ce dernier point, les établissements hospitaliers ont servi à plusieurs reprises de terrain de recherche. Compte tenu des particularités de l'exercice professionnel qu'impose la continuité des soins 24h/24, la prise de repas à horaires décalés par les soignants, pourrait expliquer une prévalence supérieure de l'obésité chez ces salariés. C'est ce que constatait déjà à la fin des années 1970, Madeleine Estryn-Behar (1978, 1997). Odile Rohmer et *al.* (2004) tend à confirmer ce constat à la suite d'une étude sur quatorze journées réalisée à partir d'un échantillon de quatorze infirmières travaillant en milieu hospitalier, avec des horaires de travail atypiques : alternances matin/soir, alternances matin/soir/nuit en 3X8 et travail de nuit exclusivement. Elle observe, tout en restant prudente sur la généralisation de ses conclusions, que « les infirmières obèses, effectuant des horaires alternés, présentent des habitudes dans la prise alimentaire, qui pourraient, au moins partiellement, expliquer leur surcharge pondérale. En particulier, ces personnes se livrent à des grignotages entre les repas, significativement plus fréquents que les personnes même obèses mais, travaillant avec des horaires réguliers ». Odile Rohmer souligne que ce résultat doit être corrigé d'autres facteurs qui peuvent avoir aussi une influence sur la prise de poids de ces soignantes, à savoir, le stress lié à l'exercice du métier et leur condition de femme qui leur impose d'assumer, parallèlement, la charge des enfants au foyer. Une étude américaine de juin 2010 (Fonken et *al.*), tend à confirmer la corrélation positive entre travail de nuit et développement de l'obésité. A partir de travaux conduits en laboratoire sur des souris, des chercheurs ont tenté d'établir un lien de causalité entre l'exposition à la lumière la nuit et la prise alimentaire. Ils ont observé qu'une exposition prolongée provoquerait des troubles métaboliques liés à une alimentation plus importante et une moins grande tolérance au glucose que le jour avec, comme conséquence, une prise de poids importante.

4.3. Le rôle des politiques publiques

Trois domaines de l'action publique sont mises en accusation par l'OCDE (Sassi, 2010) dans la progression de la maladie : les transports, l'urbanisme et l'agriculture. Face à l'urgence de la crise, les autorités publiques nationales et supranationales ont souhaité apporter une réponse commune.

4.3.1. Les transports, l'urbanisme et l'agriculture, au banc des accusés

La progression régulière des déplacements en voiture est identifiée par l'OMS (Wilkinson et Marmot, 2004) comme un facteur de développement de l'épidémie d'obésité. La dépendance à la voiture au détriment des déplacements à pied ou à vélo, a renforcé la sédentarisation des individus ainsi que les risques cardiovasculaires. Cette évolution serait le fait de groupes de pression dont les intérêts sont étroitement liés au secteur de l'automobile, que ce soient des constructeurs, des groupes pétroliers, des professionnels en charge de l'aménagement des routes... L'OMS considère que seules des politiques publiques locales et nationales volontaristes pourraient corriger cette tendance. Plusieurs mesures sont avancées, y compris les moins populaires : prioriser l'utilisation des vélos pour les déplacements courts dans les villes et les transports publics pour les trajets les plus longs dans les campagnes ; inverser le régime des soutiens financiers en orientant, en priorité, le versement des subventions aux transports en commun ; taxer l'utilisation des véhicules professionnels ; augmenter les coûts du stationnement ainsi que des amendes en cas d'infraction.

Pour ce qui concerne l'urbanisme et son impact sur la santé, le modèle de l'urbanisme fractionné (Maret, 2003), caractérisé par l'étalement urbain avec des zones résidentielles et d'activités dispersées à la périphérie des villes devrait être remis en cause au profit d'un environnement bâti où les services de proximité, les commerces, les parcs deviendraient des lieux accessibles à pied ou en vélo. Le Canada a créé, en septembre 2004, un réseau public urbain de la santé qui regroupe les dix-huit plus grandes villes canadiennes dont le but est de traiter des questions

de santé publique communes aux populations urbaines. La mesure de l'impact de l'environnement bâti sur la santé est un thème de recherche encore récent. L'Institut National de Santé Publique du Québec a rendu un rapport sur cette thématique (Bergeron et Reyburn, 2010). Il ressort que l'existence de commerces de proximité dans des zones urbaines proposant des produits frais et variés, à des prix équivalents à ceux des supermarchés, contribuerait à limiter la prise de poids des résidents. À contrario, la concentration d'établissements de restauration rapide dans certains quartiers, expliquerait l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez ses habitants.

Mais, c'est à l'égard de l'agriculture moderne que la défiance est la plus importante. Si le système alimentaire rend disponible la plupart des aliments et ce, quelle que soit la saison, la qualité des produits distribués aux consommateurs est mise en débat dans les pays riches. Pourtant, « la qualité sanitaire de l'alimentation n'a jamais été aussi sûre dans nos pays », déclare le sociologue Jean Vercherand (2002, p. 133). Les crises sanitaires qui ont affecté l'agroalimentaire auraient conduit à remettre en cause la politique agricole commune et le modèle dominant du productivisme agricole. Le citoyen « découvre avec surprise, parfois avec peur ou dégoût, que ces modes de production ne sont pas conformes à son imaginaire » (Mer, 2004, p. 107), que certaines pratiques techniques peuvent être dangereuses : utilisation d'antibiotiques, de dioxines, de farines animales.

La littérature sur ces questions abonde avec une porte d'entrée commune, celle de la crise de confiance du consommateur à l'aune des « chocs de crises sanitaires » (Brun, 2006, p. 105), en particulier, celui de « la vache folle ». Des auteurs tels que Patrick Perreti-Watel (2001, pp. 12-14), ou Jean-Pierre Poulain, (2002, p. 90), imputent en partie cette crise à l'affaiblissement des autorités scientifiques et politiques. Le premier explique que les scientifiques, à trop vouloir jouer « les apprentis sorciers », auraient été rendus responsables de ce « Tchernobyl bovin ». Le second en tire les conséquences en termes d'atteinte au « prestige de la science ». Les scientifiques seraient même soupçonnés de collusion d'intérêt avec les autorités politiques, dans le but de minimiser les risques sanitaires pour rassurer les consommateurs. Cette perte de légitimité serait d'autant plus grave

que, derrière ce manque de transparence, les consommateurs percevraient, selon Claude Gilbert (2002, p. 55), des enjeux économiques avec une « logique de profit ».

Dans un contexte d'incertitude scientifique, l'affaire de la vache folle aurait ébranlé le crédit accordé aux institutions avec une forte résonance au niveau politique. Eve Seguin (2002, p. 278) rapporte qu'au Royaume Unis, au moment le plus fort de la crise, l'incapacité des autorités politiques à prendre des décisions pour enrayer sa propagation et l'échec des négociations avec les Etats membres de l'Union Européenne, aurait conduit à transformer une question de santé publique « en une bataille politique ». L'entrée en scène des politiques est un tournant qui conduira à imposer l'alimentation dans le champ de la santé publique en France (Bossy, 2010, pp.145-182). Parce que la maladie est susceptible d'être transmise à l'homme, les autorités publiques seront contraintes d'agir. La crise de la vache folle révélera d'importantes lacunes au niveau de la filière bovine et des autorités administratives qui la contrôle (Fouilleux, 2008, p. 127). L'alimentation, jusqu'alors domaine réservé au Ministère de l'agriculture, basculera dans le champ sanitaire. Le Ministère de l'agriculture sera dépossédé d'une partie de ses compétences au profit du Ministère de la santé pour tout ce qui touche à l'expertise de la sécurité alimentaire en relation avec la sécurité sanitaire. L'OMS (2007) emboîtera le pas à ce changement, en soutenant l'idée d'intégrer la composante santé dans le développement des politiques agricoles.

4.3.2. La mise sur agenda de l'obésité ou la conversion des autorités publiques à la lutte contre l'obésité

Les transformations à l'œuvre vont se produire dans un contexte d'ascendance des institutions supranationales (Bergeron, 2010, p. 97) avec l'OMS, comme principal promoteur de la conversion des Etats dans la lutte contre l'obésité. La « fenêtre d'opportunité » (Ravenet, 2004, pp. 217-223), s'ouvrira en France, à la fin des années 1990, lorsque, conformément au modèle de John W. Kingdon (1984), les « trois courants », celui des problèmes (« *problem stream* »), des solutions (« *policy stream* ») et du contexte (« *political stream* ») finiront par s'embrasser. Jean-Pierre

Poulain (2002, 2009) tout d'abord, puis ensuite Thibaud Bossy (2010), ont étudié le processus de mise sur agenda de l'obésité. Jean-Pierre Poulain présente ces fenêtres politiques, comme des espaces étroits d'action placés sous la double influence du calendrier électoral et de la médiatisation. Pour l'obésité, la durée de l'ouverture a été d'environ quatre années à partir de l'épisode de la vache folle en 1996.

La convergence des courants a débuté en 1997, dès que le courant des problèmes a pu bénéficier de l'apport de l'outil statistique. La diffusion de la première enquête nationale ObEpi portant sur les questions de surpoids et d'obésité chez l'adulte, complétée par des études de l'INSEE, sera une étape décisive pour Thibaud Bossy. Le courant des solutions émergera à son tour, avec la production de rapports et de recommandations de l'OMS qui seront autant de cautions données aux politiques sur la sortie de la crise. Enfin, la jonction finale interviendra avec le nouvel épisode de la vache folle à l'automne 2000, qui engagera le courant du contexte. Cette seconde crise éclatera avec le risque de transmission du virus à l'homme. Elle sera révélatrice de l'irrationalité des comportements selon Estelle Masson et *al.* (2003, p. 98). Elle installera le doute et la suspicion chez les Français pour tout ce qui touche à l'alimentation. La réponse du politique interviendra dès le mois de juin 2000 à la suite de la remise d'un rapport par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) au gouvernement. Il présentera l'alimentation comme une des causes du développement de plusieurs maladies graves comme les cancers, les maladies cardiovasculaires et l'obésité. La mise en place d'une politique nutritionnelle va devenir alors une priorité nationale et la mise sur agenda de l'obésité prendra toute sa matérialité le 31 janvier 2001 avec la publication du PNSS 1. Ce plan contiendra neuf objectifs dont un portant sur la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Un mouvement général sera enclenché au niveau international. En septembre 2000, un premier plan d'action (2000-2005) portant sur l'alimentation et la nutrition sera approuvé par le Comité Régional de l'Europe, organe décisionnel de l'OMS²⁵. Il sera demandé à chaque Etat de développer des politiques alimentaires et

²⁵ Regroupe les représentants des Etats membres de la région Europe de l'OMS, dont la France.

nutritionnelles. En mai 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé formulera un ensemble de recommandations portant sur le contenu des aliments en termes de sucre, sel et graisses animales, ainsi que la richesse calorique en rapport avec l'activité physique. Ces mesures s'inscriront dans « une Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». En 2006, à Istanbul, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, fera de ce thème une priorité de santé publique de la Commission Européenne et, le 16 novembre 2006, une charte européenne sur la lutte contre l'obésité sera adoptée.

Chapitre III : Politique publique et politique de santé publique

D'un point de vue étymologique, le terme « politique » signifie « qui concerne le citoyen ». Patrick Hassenteufel (2008, p. 7) éclaire cette signification en lui donnant trois orientations. La première, *polity*, tiré du grec *polis* ou *politeia*, est à une forme de pouvoir qui s'exercerait sur une collectivité et qui reposerait sur un monopole de la coercition physique et légitime afin d'empêcher tout conflit et d'imposer des règles de vie commune. La seconde, *politics*, correspond à la lutte que se livre les acteurs individuels ou collectifs, en particulier les partis politiques, pour l'obtention du pouvoir. La troisième, *policy*, est un programme d'actions conduit de façon cohérente par un acteur individuel ou collectif. C'est en combinant le premier et le troisième sens que se construit l'expression « politique publique », c'est-à-dire, un ensemble de programmes d'actions suivi par les autorités étatiques, autrement dit « les *policies* de la *polity* ». L'auteur conclut que l'expression repose sur « deux notions fondamentales : celle de l'Etat et celle de programme d'actions. Les politiques publiques correspondant à l'ensemble des actions de l'Etat ». Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2006), synthétisent cette définition en rappelant que c'est « une action collective qui participe à la création d'un ordre social ».

Partant de cette définition, un ensemble de faits, ces vingt dernières années (SIDA, sang contaminé, vache folle...), est venu rappeler que la santé n'est pas une question qui relève exclusivement de l'autorité médicale. Compte tenu des risques que certains fléaux feraient peser sur l'homme et plus globalement sur l'équilibre de la société, il est naturel que le politique se soit emparé de cette thématique (Fassin, 2000, p. 292). L'histoire de la santé en France montre que, si les autorités publiques se sont souvent accordées sur les objectifs à atteindre, à savoir : « aider les pauvres malades, garantir un revenu de remplacement aux salariés malades... et garantir l'accès aux soins pour tous » (Bellanger et al., 2010, p. 306), en revanche, les réponses qu'ils ont apportées bifurquent dans leur trajectoire. En effet, la santé, constate Didier Fassin (1998, p. 16-17), a été traversée par les mêmes sources de

tension que les autres domaines de l'action publique, avec des « mécanismes généraux de transformation » qui conduisent à s'interroger sur la centralité de l'Etat et l'évolution de son rôle avec la dynamique des acteurs au niveau territorial.

1. Le rôle de l'Etat dans la construction de la politique de santé publique

Depuis plus de soixante ans, le système de santé en France est marqué par des turbulences orchestrées par des réformes qui se succèdent à un rythme soutenu avec un dénominateur commun depuis la fin des trente glorieuses, celui de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Durant cette période, la santé a été traversée par trois grands courants de changement de l'action publique qui correspondent aussi à une évolution de l'analyse sociologique des politiques publiques (Hassenteufel, 2008, p. 20)

1.1. De la politique publique de santé à l'action publique de santé

La généralisation en France d'un système assurantiel, avec la création de la sécurité sociale en 1945, est une première étape dans l'affirmation du rôle de l'Etat dans le domaine sanitaire. Elle correspond au cadre théorique des « policy sciences » avec les travaux pionniers d'Harold Lasswell (Berthet, 2007, p. 45) en 1936, prolongés dans les années cinquante par ceux de Daniel Lerner et Harold D. Lasswell (1951). L'objectif est ambitieux, puisqu'il s'agit de garantir le bien-être collectif par un système « qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité » conformément à l'ordonnance du 4 octobre 1945. Pour ce faire, le système repose sur une organisation très centralisée avec l'Etat, soutenu par des services et des professionnels qualifiés « d'agents administratifs » ou de « fonctionnaires », qui mettent « en œuvre les fonctions de domination du pouvoir politique » (Lecomte, 2005, p. 54). Bénéficiant de la dynamique économique et d'un courant politique favorable à l'intervention étatique, l'efficacité du système de santé dépend étroitement de « la rationalité de la décision

publique » (Hassenteufel, 2008) et des instruments de planification avec le Commissariat Général au Plan. Aquilino Morelle et Didier Tabuteau (2010, p. 72), expliquent que le modèle qui se construit à cette époque, privilégie « le tout curatif » au détriment de la prévention ce qui se traduit dans les faits, par un soutien financier « sans limite a priori » de l'Etat, pour bâtir des hôpitaux, des sanatoriums, développer une médecine de pointe avec la naissance des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) en 1958 et appuyer la consommation des médicaments.

Mais, cette politique est frappée de nombreux défauts qui altèrent le modèle de la régulation du système de santé par la seule action volontariste de l'Etat. Dans les années 1970, plusieurs facteurs conjugués expliquent cet affaiblissement. Tout d'abord, les deux chocs pétroliers de 1970 et de 1980, imposent la réduction des dépenses publiques de santé et la recherche d'économies. L'offre de soins durant cette période charnière qualifiée « d'âge d'or » par François-Xavier Schweyer (2006, pp. 45-60), s'est en effet considérablement renforcée. Le tissu hospitalier s'est densifié avec une augmentation exponentielle du nombre lits et du nombre de professionnels de santé sur le territoire. L'Etat se voit contraint d'agir à deux niveaux. Il introduit les premiers outils de régulation de l'offre de soins avec, pour le secteur hospitalier, l'instauration en 1970 d'une carte sanitaire destinée à maîtriser la croissance des équipements médicaux en fonction des données démographiques et, l'introduction en 1971, d'un *numerus clausus*, pour limiter la densité médicale. Il agira aussi dans le sens de la maîtrise de la demande des assurés sociaux en jouant sur les coûts des prestations de soins avec la progression du montant du ticket modérateur ou, en introduisant en 1983, un forfait journalier pour les séjours hospitaliers. Un autre facteur explicatif tient à l'échec de ces politiques déclarées comme « anciennes » : l'égalité d'accès aux soins et l'intégralité de la prise en charge des coûts des soins ne sont pas assurés. Le système est même présenté comme « contre-performant » par Brigitte Dormont (2009, p. 18), à la fois, parce que la croissance des dépenses de santé n'a pas été endiguée en dépit de la hausse des prélèvements sociaux et, en raison des inégalités sociales qui se sont creusées. Enfin, l'Etat est confronté aux feux croisés des « critiques marxistes et néolibérales de l'Etat capitaliste pour son impuissance ruineuse » (Lascoumes et Le Galès, 2006).

La politique de santé telle qu'elle a évolué jusque dans les années 1980, ne peut donc faire l'économie d'une réflexion sur son efficacité. Les travaux qui en découleront, consacrent les thèses de la sociologie des organisations. En France, on doit à Michel Crozier et au Centre de sociologie des organisations (CSO) à partir des années 1960, le renouveau de la pensée administrative avec l'introduction d'une analyse stratégique de l'action publique en rupture avec le modèle Wébérien fondé sur la rationalité légale de la décision étatique. Michel Crozier (1994, p. 109), fera le constat que le modèle de l'administration française est devenu « de moins en moins rationnel », qu'il est inadapté à rendre compte des évolutions complexes de la société avec les nouvelles méthodes de travail, les pressions de l'environnement avec « une demande irrésistible de la collectivité pour de plus en plus de services ». Enfin, les organisations administratives sont traversées par des rapports de pouvoirs et des arrangements entre les acteurs qui participent au même système d'action concret. Dans la continuité de cette analyse, Aquilino Morelle et Didier Tabuteau (2010, p.63), imputeront la « faillite » du système de santé public, à l'inefficacité de l'administration centrale de la santé et de ses moyens insuffisants pour asseoir une « légitimité médicale et administrative nécessaire à l'exercice de missions d'autorité ».

Sans renoncer au développement des mécanismes de régulation financière du système de santé en agissant tantôt sur l'offre, tantôt sur la demande, pour combler « le trou de la sécurité sociale », le système de santé publique va opérer une nouvelle mue au début des années 1990 qui consacre la troisième étape dans le processus de changement des politiques publiques. Cette mue, il la doit à la fois à des facteurs économiques et politiques avec l'entrée en vigueur du traité de Maastricht en 1992, qui renforce la coordination des politiques publiques entre les Etats membres en leur imposant, en particulier, une limite aux dépenses publiques. De nouveaux outils de la régulation financière de l'offre et de la demande de soins font leur apparition avec la création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1990, du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) dans les hôpitaux en 1991, ou l'introduction d'un objectif national d'assurance maladie (ONDAM) en 1996, afin de permettre au Parlement Français de contrôler la croissance des dépenses de l'assurance maladie. Ce changement, il le doit aussi à

des facteurs sanitaires avec la mise en débat d'une nouvelle notion, celle de « sécurité sanitaire » à la suite de l'affaire du sang contaminé en 1991. Les « épisodes » de la crise de la vache folle ou de l'amiante qui vont suivre, renforceront l'idée chez les autorités sanitaires qu'il faut impérativement adopter une nouvelle approche en matière de santé publique. La réflexion aboutira à la constitution « d'un dispositif institutionnel puissant de veille et de sécurité sanitaire » (Le Bouler, 2007, p.25), avec l'avènement d'une politique « d'agences » (AFSSAPS, AFSSA, AFSSET, InVS...). Ces nouveaux instruments de régulation de la sécurité sanitaire créés, pour la plupart, à la fin des années 1990, seront dotés d'importants pouvoirs d'investigation pour assurer les missions d'expertise et d'évaluation des actions de prévention et de maîtrise des risques. Ils constituent, aujourd'hui, un important réseau d'opérateurs publics au service de l'administration qui en assure le contrôle.

Pour Aquilino Morelle et Didier Tabuteau (2010, p. 57), la sécurité sanitaire bouleverse l'équilibre au sein du champ de la santé publique, en raison d'un déplacement sur une double échelle : le développement d'un important arsenal juridique destiné à parer les risques sanitaires introduit une approche collective dans un espace jusqu'alors préservé, celui du « colloque singulier », bâti autour de la relation bilatérale spécifique et privilégiée entre le médecin et son malade ; de plus, elle élargit les frontières traditionnelles de la médecine concentrée sur le « tout curatif », pour prendre à son compte le champ plus large de la santé, avec ses composantes économiques et sociales. La réponse à apporter aux besoins sanitaires s'en trouve profondément modifiée puisque la prise en charge ne peut plus se cantonner aux soins médicaux. Elle déborde sur la prévention, largement imprégnée par le social. Longtemps considérée comme le parent pauvre des politiques de santé, la loi du 9 août 2004 fait de la prévention un enjeu sanitaire. Deuxième grande loi de santé publique après celle de 1902 qui a « marqué l'apogée de l'hygiénisme en France » (Les tribunes de la santé, 2009, p. 129), elle introduit un important volet sur la prévention en faveur des populations fragilisées, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques. Les mesures mises en place touchent à la qualité de vie, la réduction des inégalités de santé, l'information et l'éducation à la santé, l'environnement, les transports, l'alimentation... Ce dispositif juridique sera complété en 2009 avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », par un programme

hybride articulant le soin et la prévention : l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Ce programme est une réponse apportée aux personnes souffrant de maladies dites « complexes » comme le diabète, l'asthme... ou l'obésité. L'ETP a été introduite en France récemment, au début des années 2000, dans des services hospitaliers de court séjour (Grenier et *al.*, 2007). C'est dans cet environnement qu'elle a accédé à la reconnaissance officielle par l'intermédiaire des manuels de certification accompagnant les démarches qualité dans les hôpitaux. Par-delà la promotion d'une politique de prévention, l'approche porte en elle, une réforme de structure qui renforce l'intérêt de ce programme. La nouveauté tient au travail de coproduction d'un parcours de soins qui sollicite « deux univers ayant peu l'habitude de réfléchir et de travailler ensemble, la prévention et le soin » (Baudier et Leboube, 2007, pp. 335-340) avec, d'un côté, l'institution hospitalière et, de l'autre, la médecine de ville.

La question du pilotage du système devient alors un enjeu essentiel dans cette troisième étape du changement. En effet, si l'administration générale de la santé est toujours placée sous le contrôle de l'Etat qui édicte l'ensemble des règles de pilotage et de financement, la mise en œuvre des politiques publiques de santé ne se conçoit plus seulement au niveau central. Désormais, le niveau local est sollicité avec l'apparition d'opérateurs privés qui participent à la coproduction de ces politiques publiques. L'organisation s'établit dans un « ordre négocié » avec la montée en puissance des Agences Régionales de Santé créées par la loi HPST, et le renforcement des instruments de régulation de l'action publique avec les contrats d'objectifs pour les hôpitaux ou les conventions entre la médecine de ville et les organismes d'assurance maladie.

Les recherches en sociologie se sont penchées sur ce troisième acte des réformes. La mise en discussion de la transformation de l'Etat et l'affirmation de nouveaux opérateurs dans l'action publique n'est pas une nouveauté en soi. Dans les années 1980, un courant de pensée issu des sciences politiques anglaises qualifié de « *Policy networks* », propose d'intégrer à la dimension institutionnelle de l'action de l'Etat, une dimension sectorielle et territoriale. L'Etat n'est pas une entité monolithique dont la production des politiques publiques lui serait exclusive. Bien au

contraire, celui-ci ne peut plus agir seul et son action est étroitement dépendante de celle d'autres organisations ou groupes d'intérêts. Patrick Le Gales et Mark Thatcher (1995, p. 14) définissent les réseaux d'action publique dans des environnements complexes, comme le « résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et qui se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts. Ces réseaux jouent un rôle déterminant dans... la décision et la mise en place de l'action publique ». Reprenant les travaux de Patrick Kenis et Volker Schneider (1991, pp. 25-59), les auteurs listent une série de facteurs de changement dans la conduite de l'action publique : la multiplication et la densification des acteurs organisés intervenant dans la vie politique et publique, la sectorialisation des programmes d'action publique, l'érosion des frontières entre les acteurs publics et privés, l'importance croissante des acteurs privés dans l'action publique, l'interdépendance et la complexité de plus en plus importante des affaires politiques et sociales....

Territorialisation et sectorisation sont deux concepts centraux régulièrement mobilisés par la sociologie de l'action publique. Ils correspondent à une évolution des formes de coopération reflétant un emboîtement de différentes initiatives, à la fois internationales, nationales et locales, publiques et privées. Pour Jean-François Jolly (2008), toutes les politiques publiques se structurent autour de deux logiques ayant chacune d'elles sa « sa propre rationalité », une logique territoriale et une logique sectorielle. La première tire principalement ses origines, du découpage administratif traditionnel en lien avec les lois de décentralisation. La seconde « plus abstraite », correspond à un découpage vertical d'activités touchant une grande variété de domaines : agriculture, transport, urbanisme, santé... Ces deux logiques correspondent à « deux dialectiques sociales bien distinctes ». Il faut parler de « territorialité » d'une politique publique lorsque l'action des autorités est guidée par une démarche horizontale et de « sectorialité » (Jolly, 2008), lorsque la démarche est verticale.

Dans les années quatre-vingt la sectorialité a connu une crise en raison de l'incapacité de l'Etat à hiérarchiser et à ordonner les politiques publiques sectorielles.

François Dupuy et Jean-Claude Thoenig (1985) ajoutent que l'Etat a du faire face à des logiques concurrentes en agissant dans un environnement, où les domaines privés et publics estompent progressivement leurs frontières. Pierre Muller (1990)²⁶, à partir du concept de « référentiel des politiques publiques », explique que le primat de l'Etat-nation a été profondément remis en cause par « le référentiel du marché » porteur de nouvelles normes de l'action publique avec la limitation des dépenses publiques, la modernisation de l'Etat... Les références à l'Etat se sont, de plus, progressivement diluées sous le coup de l'internationalisation des politiques publiques et des différents réseaux appartenant au monde financier (Banque Mondiale, FMI), à la société civile (ONG) ou aux sciences (groupes d'experts).

La territorialité, de son côté, avait, semble-t-il, perdu de son intérêt avec les lois de décentralisation. Toutefois, ces dernières années, on assisterait à un retour du territoire sous l'effet de quatre facteurs, selon Jean-Louis Guigou et *al.* (2001) : l'économie, car le territoire est par définition l'espace du déploiement des activités économiques, de la mobilisation des compétences, des capacités d'organisation collective ; le social par la valorisation des mécanismes territoriaux de proximité (voisinage, échange, quotidienneté...) ; le décloisonnement des politiques publiques qui se combinent avec les initiatives locales et participent à la modernisation de l'Etat ; enfin, l'action des autorités publiques au niveau local, par leur capacité à favoriser les prises d'initiative en matière économique et à améliorer l'efficacité de leur administration.

Patrice Duran (1999) ou encore Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2006), voient dans l'ensemble de ces changements, un renversement de représentation dans la conduite des politiques publiques. Ce renversement se traduit par l'effacement de la notion de « politique publique » au profit de la notion « d'action

²⁶ Renvoie à l'analyse cognitive des politiques publiques. Elle correspond à une représentation, à une « image cognitive », qui sert de référence aux acteurs pour confronter leurs solutions et définir leurs propositions d'action. Pierre Muller (1990) prend l'exemple la politique de santé et formule l'idée que les propositions qui sont avancées en ce domaine sont liées à la représentation que se font les individus de « la maladie dans la société moderne et du statut des personnels chargés de mettre en œuvre les systèmes de soins ».

publique », c'est à dire, le passage d'une organisation verticale construite autour de la position dominante de l'Etat, à une construction horizontale où l'Etat doit s'associer à d'autres acteurs pour asseoir sa légitimité. La sociologie de la traduction a proposé une réflexion complémentaire tout à fait intéressante, à l'origine d'une littérature féconde et transposable à la fabrique de l'action publique dans la santé. Dans la résolution de problèmes complexes touchant en particulier à des questions scientifiques, Callon et Latour ont théorisé sur la façon dont les acteurs collaborent, comment ils parviennent à former des alliances pour créer des irréversibilités qui prennent la forme finalisée d'un réseau.

1.2. Les réseaux et filières de santé publique à l'épreuve du local

Depuis les ordonnances du 24 avril 1996 et plus récemment encore, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Etat tente de faire émerger des dispositifs coordonnés de soins qu'il désigne sous l'appellation de « réseaux », de « filières » de soins, ou de santé :

« Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients ou de prévention. Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ; des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques » (article 6 – Chapitre I - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996).

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic

que des soins... Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers » (Loi du 4 mars 2002).

Il convient de noter que ces deux formes d'organisation réticulaires sont orientées vers la médecine de ville qui assure les soins de premiers recours avec, une position centrale des hôpitaux dans les réseaux de soins et de la médecine de ville, dans les filières. Leur apparition doit beaucoup au développement des maladies chroniques. Cette reconnaissance législative officialise l'existence de certains réseaux constitués en marge de toute réglementation comme ce fut le cas dans les années 1980 pour les malades atteints du SIDA et ce, dans le but de « résoudre les défaillances du système » (Buttard, 2008, p. 89). Pour Régis Aubry (2007, pp. 73-77), l'essor de ces structures de proximité répond principalement à des considérations d'efficience, voire de recherche d'économies, par la modification en profondeur de l'organisation actuelle du système de santé avec le transfert de compétences, la modification des pratiques professionnelles, le tout régi par des mécanismes de coordination et de formation. L'approche de Régine Bercot (2006, pp. 35-49) portant sur un réseau d'insuffisants cardiaques est plus nuancée. Certes, des objectifs de réduction des coûts de la prise en charge sont bien affichés, puisqu'il s'agit de réduire par ce dispositif, la durée moyenne des séjours et le nombre d'hospitalisation, mais, c'est aussi un moyen d'explorer d'autres voies de prise en charge plus qualitatives, avec le maintien du patient au domicile dans le respect de ses conditions de vie.

La constitution de ces types d'organisation fait débat (Ogien et Katuszewski, 1983, pp. 32-37) compte tenu de la complexité des questions qu'ils enlacent. A partir d'exemples de réseaux de santé implantés à Bruxelles, l'un portant sur le diabète, l'autre sur la santé mentale, Céline Mahieu et Philippe Scieur (2010, p. 73) constatent les difficultés d'intégration de certains partenaires, comme les autorités administratives, ou les médecins généralistes. Ces derniers évoquent le manque d'attrait pécuniaire ou le manque de temps pour s'engager davantage dans les activités de coordination. Il est vrai que le nombre de paramètres avec lesquels les acteurs du réseau doivent apprendre à composer, représentent autant d'obstacles à

contourner, pour assurer sa pérennité. On évoquera : la nature des liens « lâches » ou « connexes », leur densité, le nombre des membres dans ces groupes sociaux, le mode de régulation des relations entre les différents acteurs en présence, les connexions à établir sur un territoire donné et les dispositifs techniques d'information et de communication entre les acteurs. La technique pour Philippe Gallois et Gérard Forzy (2010, p. 90), va jouer un rôle de « prothèse » sans laquelle le réseau ne pourra se déployer.

A partir d'une étude de cas tirée de la santé mentale, Jean De Munck et *al.* (2003, pp.163-167) considère que certaines conditions doivent être remplies pour répondre à l'enjeu des réseaux : s'assurer de l'égalité des partenaires qui est un gage apporté à la coopération et une condition à l'équilibre des relations pour se parer des risques de récupération ou d'instrumentalisation de certains d'entre eux ; éviter la « médiation hiérarchique par un tiers représentatif » pour faciliter l'échange des informations. Toutefois, compte tenu des coûts élevés de transaction induits par cette organisation sociale, une instance de régulation doit prendre à son compte sur le territoire, la maîtrise de ces coûts en orchestrant des réunions de coordination ; instaurer un ensemble de règles de déontologie qui correspondent à des accords avec, d'un côté, les membres du réseau et, de l'autre, les bénéficiaires des soins. Anne Buttard (2008) apporte un éclairage complémentaire en prenant appui sur la sociologie des conventions pour expliquer que l'efficacité des réseaux est basée sur la confiance et la coopération bien plus que sur la concurrence de ses membres.

1.2.1. Les réseaux et les territoires de santé, une relation de nécessité

Réseau et territoire de santé sont deux notions liées par une « relation de nécessité » (Acef, 2008, pp.72-81). En effet, il s'agit le plus souvent pour des maladies chroniques, de construire dans un espace spécifique, le « territoire de santé », une réponse globale adaptée aux besoins des patients à l'aide d'une équipe de soins pluridisciplinaire. L'encastrement de ces deux composantes est réalisé par des instruments de planification sanitaire créés par les lois hospitalières du 31 juillet 1991 et plus encore par la loi HPST du 21 juillet 2009, avec le schéma d'organisation sanitaire, aujourd'hui à sa troisième version (SROS 3) et les Plans Régionaux de

Santé (PRS). Le pilotage est assuré dans chaque région, par les ARS. Ces nouvelles institutions territoriales bénéficient de pouvoirs élargis, mais restent encore « inféodées » à l'autorité de l'Etat dont elles tirent leur pouvoir propre. Elles ont vocation à unifier la gestion du système de santé autour de deux ou trois niveaux de graduation des soins, conformément aux préconisations de l'OMS : les soins de premiers recours ou soins de proximité recouvrent les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, d'éducation pour la santé avec les médecins généralistes, véritables chevilles ouvrières du système ; les soins de deuxième recours dédiés à des soins spécialisés pouvant justifier d'une hospitalisation et un troisième niveau de recours, pour les maladies les plus complexes, requérant des examens approfondis avec les CHU, seuls en mesure de répondre à la demande.

Le territoire de santé est à la fois, l'espace naturel pour l'analyse des besoins de santé de la population, le lieu de structuration de l'organisation des ressources et de la coopération entre les professionnels de la santé. La difficulté réside dans la recherche d'un équilibre général entre l'ensemble de ces acteurs, dont les pratiques professionnelles peuvent s'opposer. Cela sous-tend la création d'instances de régulation comme les conférences de territoire à l'échelon infrarégional et la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) à l'échelon régional. Ce sont chacune à leur niveau, des instances centrales de régulation placées sous l'égide de l'ARS. L'objectif de ces instances est de créer une forme particulière de coordination, des coordinations formalisées (Robelet et *al.*, 2005, p. 234). Elles consistent à organiser des réunions de travail avec des représentants des professionnels des établissements de santé publics et privés, de la médecine de ville, des soins à domicile, des élus et des usagers... Ces lieux de débats sont des espaces où s'élabore la rationalisation de l'offre de soins, à travers la révision des instruments de la planification sanitaire. La difficulté du pilotage réside dans la lourdeur du processus d'élaboration puisque sont associés à la négociation jusqu'à cinquante membres ayant tous voix délibérative, répartis en collèges, pour les conférences de territoire et, pour les conférences régionales de santé une centaine de membres. La conférence régionale de santé constitue la colonne vertébrale de l'organisation du système de santé dans chaque région, avec la mise en débat des questions de santé publique au sein de différents groupes de travail.

La démarche est nouvelle et ouvre la voie selon Ludovic Cépré (2011, pp. 65-88), à une « régionalisation réelle » dans la conduite du système de santé en concentrant l'autorité entre les mains des ARS. Il s'agit de corriger les incohérences observées sur ces trente dernières années dans le pilotage de la santé publique (Jabot et Demeulemeester, 2005, p. 597-606). En effet, l'ébauche de programmes de santé qui partent du local, et plus précisément de l'échelon départemental, est encore récente. La prise de conscience des autorités publiques de cette nécessaire articulation remonte à la fin des années 1980 avec l'émergence du SIDA. En 1994, des plans régionaux de santé seront expérimentés mais la démarche restera exceptionnelle. Les programmes élaborés dans les années 2000 sont tous, à quelques exceptions près, portés par l'échelon central sans véritablement rechercher à s'appuyer sur l'expérience en région. Le PNSS, dans sa première version, pourtant présenté comme « exemplaire dans l'effort de coordination » que ce soit au niveau de la recherche, de l'expertise, de la surveillance, de la communication et de l'éducation relève d'une démarche de type *top-down* sans aucune articulation avec le niveau régional ou infra régional. Il en va de même des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) de la circulaire du 21 octobre 2001, dont l'objet était d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Ludovic Cépré explique cet état de fait par une représentation datée de la santé publique par la classe politique, « trop centrées sur l'offre de soins, et la gestion différenciée ». Des auteurs comme Frédéric Pierru (2011, p. 113), doutent cependant, de la capacité des ARS à pouvoir conduire en totale autonomie, une politique territoriale de la santé au regard des orientations nationales arrêtées au niveau central par le Ministère de la santé et, l'encadrement des dépenses de santé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Avec la loi HPST, les régions sanitaires ont toutes été amenées à revoir leur découpage territorial même s'il n'y a pas eu véritablement de bouleversement. Le passage en revue des vingt-six sites Internet des ARS permet de constater que la configuration des territoires de santé dépasse le découpage administratif classique. Le département n'est pas systématiquement retenu comme périmètre géographique. 11 % des régions ont maintenu l'adéquation au départemental. 19 % ont évolué vers

un nombre de territoires inférieur au nombre de départements, 34 % ont choisi un découpage infra-départemental et 35 % ont opté pour un découpage départemental. La moyenne de population des territoires passe de 374 000 habitants à 605 000 habitants.

Cette première lecture laisse à penser que les régions bénéficient d'une large autonomie pour dessiner les contours de leurs territoires de santé. Des critères ont été avancés par le code de la santé publique, pour les aider à donner une cohérence à ces espaces géographiques : données sociodémographiques, découpage administratif de l'espace (communes, agglomérations...), offre de soins et distance d'accès à l'offre. Mais, l'autonomie des ARS n'est que relative. Dans ce champ d'activité, où elles s'appuient sur l'autorité centrale, elles sont soumises au niveau local, au pouvoir d'influence des élus qui participent à la régulation du système (Marrot, 1995, p. 228).

Au final, la lecture du découpage territorial conduit à se poser la question : de quel territoire de santé parle-t-on ? (Amat-Roze, 2011, p. 13). L'ensemble, donne l'image d'une géographie nationale de la santé assez hétérogène qui s'explique principalement par des déterminants sociaux variables d'une région à une autre. Les changements opérés se font dans la volonté de concilier « territoires d'observation et territoires d'action » dans un but de corriger les inégalités de l'offre de soins. Ils se basent sur un « processus de désagrégation et de réagrégation du territoire » (Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, 2010), avec comme plus petit dénominateur territorial commun, le département. La grille de lecture, en annexe n°1, précise la nature des interactions entre le niveau national, régional et infrarégional dans le cadre de l'élaboration des premiers projets régionaux de santé (PRS). La région Alsace est prise comme cadre de référence en raison de l'état d'avancement de sa démarche au moment de l'engagement de notre recherche.

1.2.2. La porosité des frontières entre secteurs publics et privés

Politique de la ville, environnement, culture... obésité, plusieurs domaines touchant à l'action publique sont confrontés à ce mouvement d'effacement progressif des frontières entre le secteur public et le secteur privé. Les interactions entre des institutions interdépendantes, et « une multitude d'acteurs sociaux intéressés par les décisions politiques » (Braud, 2006) touchant à la santé publique, se seraient renforcées selon Bergeron et *al.* (2011, p.2). Ce mouvement serait si important que l'auteur n'hésite pas à parler de véritable « mouvement de privatisation » de la santé.

Dans ce cadre d'analyse, il ne faut surtout pas omettre le rôle d'impulsion de l'Europe dans l'abolition des frontières. Le Livre blanc de la Commission des Communautés Européennes sur « La stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » (2007, pp.2-13), appelle à « l'implication des acteurs privés afin de promouvoir des habitudes alimentaires saines auprès des consommateurs en favorisant le choix d'une alimentation saine et en la rendant plus accessible, notamment grâce à la reformulation des produits manufacturés et abordable ». Le cas EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) est à cet égard tout à fait exemplaire. Il fait figure de programme précurseur dans ce mouvement. À côté des acteurs publics locaux, des grands groupes de l'industrie agro-alimentaires ou de la distribution comme Orangina, Schweppes, Nestlé, Ferrero, ou Carrefour, se sont engagés par leurs contributions financières au programme. Ces interventions reposent essentiellement sur l'élaboration et la diffusion de messages destinés à la lutter contre un mode de vie sédentaire, à inciter à la découverte et à la diversité des aliments, à redonner des repères aux familles en termes d'équilibre alimentaire et de favoriser la pratique régulière d'une activité physique.

Cet exemple illustre le caractère de plus en plus poreux des frontières d'action et la « perte de centralité de l'Etat » dans l'action publique (Le Galès et Thatcher, 1995, p.20). Les coalitions entre les autorités publiques et les acteurs de l'économie marchande mettent en face à face des administrations, des associations, des entreprises... qui s'ignoraient jusqu'alors, leur permettant de mutualiser les

compétences, les expertises, tout en créant des synergies et en optimisant les ressources financières.

Dans un contexte de raréfaction de ces ressources, on trouve en toile de fond, une réflexion sur les modes de financement de la santé et la remise en cause d'un financement traditionnel. Ces financements doivent désormais se combiner à d'autres flux économiques afin de répondre à la demande croissante de besoins de santé de la population. Cette rhétorique d'inspiration libérale fait la part belle aux mécanismes de marché. Elle doit beaucoup à un courant de pensée apparu en Angleterre dans les années 1980 avec le « new management public ». Tabagisme, problèmes cardio-vasculaires et respiratoires, maladies rhumatismales, troubles de l'appareil locomoteur, maladies infectieuses avec le SIDA, le diabète, ou encore le cancer, l'obésité, autant de pathologies qui sollicitent davantage les finances publiques menacées d'asphyxie.

Ces constats ont imposé aux gouvernements de rechercher des alternatives au tout public dans le domaine de la santé. En la matière, la controverse est vive et la littérature anglo-saxonne est abondante sur ce point. Elle traduit l'inquiétude de voir les valeurs de base inhérentes aux soins de santé menacées par l'introduction d'une logique marchande. Syndicats, organisations professionnelles, universitaires, les réticences sont nombreuses. C'est ce que constate Hachimi Sanni Yaya (2005) pour qui, « certaines formes de prestation ou de financement privé des services médicaux et hospitaliers ne sont pas sans conséquences et peuvent, soit laisser une part importante des coûts de soins à la charge des patients (avec notamment l'introduction de tickets modérateurs), ou tout simplement conduire à l'émergence de filières de soins qui refuseront de prendre en charge les malades impécunieux ou les pathologies trop chères ». Selon l'auteur, la question est de savoir si, dans de telles circonstances, « le financement privé des soins de santé pourrait respecter l'équité verticale, c'est-à-dire celle qui dépendrait jusqu'à un certain point de la capacité de payer des individus ». Il prend comme exemple, celui des Etats Unis où, la part du budget consacrée à la santé est la plus importante des pays industrialisés, sans pour autant permettre à l'ensemble de ses citoyens d'accéder aux soins de santé.

La complexité de la question impose, selon Hachimi Sanni Yaya, de se dépolariser des « courants idéologiques et de leurs considérations dogmatiques et paradigmatiques ». La participation du secteur privé aux côtés du secteur public au financement des d'infrastructures, à la gestion des soins de santé serait devenue une nécessité. La coopération existante démontre « qu'elle peut être une perspective ou une alternative viable et efficace pour des entités aux ressources limitées et évoluant dans un environnement incertain aux frontières élargies ». Des gardes fous sont cependant nécessaires. Benoît Aubert et Michel Patry (2003), deux chercheurs canadiens, ont tiré des expériences conduites dans les services publics à l'échelle internationale, dont celui de la santé, certaines exigences pour la réussite d'un pilotage public-privé : un partage équitable des gains ; un appui inconditionnel des dirigeants politiques ; une démarche légitime c'est-à-dire l'adhésion des citoyens, des fonctionnaires, des employés concernés au partenariat ; la protection des droits des travailleurs ; des ressources humaines de qualité avec des personnels formés et compétents ; une évaluation rigoureuse de la performance des services publics ; une définition précise des objectifs visés ; une régie efficace des ententes c'est à dire la capacité d'adaptation des partenaires aux circonstances imprévues avec si nécessaire, l'introduction de pénalités voire du remplacement du partenaire ; enfin, une sélection rigoureuse des partenaires et la recherche d'une formule d'entente tenant compte du contexte politique et social local.

Reste que les auteurs sont sceptiques sur la capacité à remplir autant d'exigences cumulatives. Ils préconisent par-delà l'aspect financier, une « approche holistique » de la santé où les différents acteurs intéressés par cette question, devraient être en capacité de développer « une intelligence de la complexité afin de rétablir les articulations entre ce qui est disjoint et incrémental, d'intégrer la multi dimensionnalité, de briser les sphères closes et de comprendre surtout les totalités intégratrices ».

2. La territorialisation de la santé publique remet en cause le modèle d'une régulation centralisée

La montée en puissance des « acteurs non étatiques » (Hassenteufel, 2008, p.199) et leur participation au processus décisionnel dans la fabrique des politiques de santé publique déplacent la « régulation des rapports public-privé du niveau central vers les territoires » (Vélut et Ghorran-Gobin, 2006, pp. 99-104). Cette dynamique a relégué au second plan le modèle traditionnel de la régulation centralisée. Elle a fait place à des formes négociées d'accords entre partenaires (Berthet, 2008, p.189) liés entre eux par des problèmes complexes de santé pour lesquels « tout, ou presque reste à inventer » (Teisserenc, 2003, p. 104). Cette approche horizontale dans l'action publique, met en lumière deux types d'enjeux : le premier est relatif à la construction des relations sociales dans les réseaux de santé publique ce qui sous-tend l'existence de mécanismes de coopération destinés à structurer les interactions ; le second porte sur la question de l'efficacité de ces formes collectives d'action à travers l'exigence d'évaluation de leur performance.

2.1. La coopération comme mode de régulation de relations au sein des réseaux de santé

La coopération est un concept central en sociologie auquel sont souvent associées les notions de conventions, de négociation, ou de communication. Il s'est imposé dans les années 1960, comme « un référent majeur » (Reicher-Brouard, 2001, p.121) de la sociologie française des organisations et des théories de l'analyse stratégique. Il s'est enrichi, depuis, de nombreux travaux qui ont renouvelé la question. Sans constituer une liste exhaustive, on pense à la « Théorie de la Régulation Sociale (TRS) » de Jean-Daniel Reynaud (2003) où l'auteur explique que, pour élaborer des règles et les rendre communes, les acteurs doivent faire des « concessions », des compromis de façon à rendre légitime le résultat de la négociation. On peut ajouter à ces travaux ceux de la sociologie de la traduction et de la sociologie des conventions de Bruno Latour (1992) et de Michel Callon (1999,

2006, 2001). Ces auteurs ont étudié des formes de coopération en mettant en évidence comment des acteurs aux intérêts apparemment inconciliables, parviennent à des compromis, à produire des accords et à créer des irréversibilités.

La volonté de décloisonner les acteurs de proximité du système de santé tout en les conduisant à travailler ensemble à la recherche de solutions pour des questions médicales complexes, est l'idée initiale qui a présidé à la constitution des réseaux. La coopération dans ces espaces, devient le ciment du collectif au sein d'une structure organisationnelle encadrée par l'Etat qui « garde la main » (Le Galès et Thatcher, 1995) en définissant « les règles du jeu » (Rallet, 2002, p. 11-26). La loi du 4 mars 2002 milite pour la coopération entre les professionnels de santé. Au fil des ans, cette préconisation s'est renforcée pour s'imposer comme une exhortation de la part des autorités publiques. Mais cette injonction « à faire » serait contreproductive dans le sens où elle stériliserait l'action collective en la vidant de son contenu : « Là où le partenariat suppose la construction d'un accord sur le fond, la forme et la méthode, l'injonction présuppose le fond et la forme et laissant béante la question de la méthode » (Dhume-Sonzogni, 2006, p. 21). La coopération repose sur un « processus de création de commun », nous dit l'auteur et, relève d'une démarche « difficile », « laborieuse » car les accords sont toujours partiels et l'ordre négocié, susceptible d'être remis en cause par les parties. La difficulté réside dans l'édiction de normes de prise en charge dans un environnement où la liberté des acteurs rend plus floue la détermination d'objectifs partagés pour un bien universel, la santé. L'élaboration d'une vision commune est rendue d'autant plus complexe que co-existent, à un niveau systémique, une grande variété d'acteurs aux intérêts parfois opposés (politiques, administratifs, experts), des pressions parfois contradictoires entre le local et le national, entre le court terme et le long terme. S'y ajoute une réglementation abondante à laquelle doivent se conformer ces normes.

Les travaux de Chantal Euzéby et *al.* (2003, pp. 720-725) sur les réseaux de soins en oncologie éclairent cette réflexion. Ce sont des organisations réticulaires où se côtoient plusieurs établissements de santé, la médecine de premiers recours, les organismes de tutelle qui ne partagent pas, du moins en apparence, les mêmes intérêts et les patients. Les hôpitaux publics et privés de santé se structurent autour

de règles de fonctionnement complexes et hiérarchisées. Ils rassemblent des professionnels titulaires de savoirs experts dont la culture professionnelle collective les éloigne radicalement de celle du secteur privé, en raison d'un « rapport au temps et à la concurrence » différent. La médecine de ville à l'opposé, fonde son exercice professionnel sur l'autonomie et l'indépendance du fait de son caractère libéral, sur le passage de conventions avec des organismes d'assurance maladie et le paiement à l'acte. Enfin, les autorités de tutelle qui sont chargées de l'évaluation de l'activité des réseaux sont mues par la recherche d'une plus grande efficacité du système de santé dans un contexte de raréfaction des ressources financières.

Ces forces antagonistes vont dialoguer, échanger sur leurs expériences, partager leurs connaissances en vue d'élaborer un parcours de soins qui servira de cadre de référence. La coopération entre les partenaires se réalisera par des ajustements mutuels autour d'un « principe supérieur commun » qui consiste à placer le malade au cœur du dispositif de soins. Cette façon de faire s'appuie sur des « règles de comportement » (Domin, 2004, p. 6), par le truchement de la confiance. La confiance est une donnée familière en économie. Elle est mobilisée en sciences sociales par des auteurs comme Christian Thuderoz (2011, p. 41) qui l'assimile à un puissant « lubrifiant » dans les relations collectives. Jean Foucart (2003 p. 98) la compare à des « routines » dont la vocation est de réduire l'incertitude dans des environnements complexes comme celui de la santé. En effet, elle facilite l'ordonnement des décisions entre les acteurs du réseau dans la mesure où elle « évite de nombreuses complications » parce qu'elle ne se discute pas.

Mais la coopération, selon Chantal Euzéby et *al.*, ne peut pas se réduire à une production d'un collectif. Elle doit prendre aussi en compte le positionnement de certains acteurs individuels qui, dans le monde de la santé, sont assimilables à des « passeurs » (Hamman et *al.*, 2002, p. 15). Ce sont, le plus souvent, des médecins qui « mettent leurs savoirs, leurs réseaux et leurs amis » au service d'une cause et participent de cette façon, à la construction des accords. C'est ce que démontre la « sociologie de l'imprévisible » de Michel Grossetti (2004, 2011) au travers des notions « d'encastrement » ou de « découplage ». L'auteur s'intéresse à la façon dont les acteurs, que ce soient des individus ou des groupes, entrent en interaction,

« se reconfigurent et disparaissent » pour donner naissance à des formes sociales plus ou moins durables qu'il qualifie d' « irréversibles ». Son idée centrale, c'est que des « décisions lourdes de conséquences sont prises pour des raisons très contingentes, des rencontres inattendues ont lieu, des innovations émergent de processus apparemment routiniers » (2004, p.11). Il développe l'idée, en convoquant les théories de Karl Polanyi, Mark Granovetter ou Harisson White, que chaque entité sociale se constitue dans un environnement qui va participer à sa construction, voire à sa destruction en l'englobant. Les notions « d'encastrement » ou de « découplage » traduisent le fait qu'une entité devient, dans ses relations, dépendante d'une autre alors, qu'en se découplant, elle affirme son autonomie.

A côté de la figure traditionnelle du médecin, on trouve celle du malade. L'inclusion du malade dans la démarche des soins est d'autant plus importante, qu'il s'agit de maladies chroniques. L'enrôlement des malades est tiré du concept anglo-saxon « *d'empowerment* » qui correspond à un « double processus, la prise de pouvoir des personnes handicapées et le partage avec les professionnels de ce pouvoir » (Colinet, 2010). L'analyse de la place des patients dans le système de soins doit beaucoup à la sociologie interactionniste, comme nous l'avons déjà souligné précédemment. Le bouleversement viendra, une nouvelle fois, de l'épidémie du SIDA et des scandales sanitaires qui suivront. Sophie Taze et Alexis Ferrand (2007, pp. 31-48) exposent que, dans le contexte d'incertitude scientifique de l'époque et le développement des croyances autour de la maladie, ce sont les interactions entre les malades et les acteurs concernés qui ont construit un savoir partagé. Emmanuelle Jouet et *al.* (2010, pp. 7-10) considère que les Etats Généraux du SIDA en 1990 ont été l'étape décisive qui a conduit, dix ans plus tard, le législateur à reconnaître le rôle d'acteur au malade dans le processus de soins. La loi Kouchner du 4 mars 2002 sur « les droits des malades et la qualité du système de santé », leur accordera un droit à l'information par l'accès au dossier médical, la possibilité de refuser les traitements, voire de les interrompre. En fait, cette loi est l'aboutissement d'un long processus de maturation qui a débuté à la fin des années 1980, avec la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette loi modifiée en 2004, assure le respect de la confidentialité des

données automatisées à caractère personnel et la possibilité, pour tout individu, d'accéder aux informations et de les rectifier.

Pour ces maladies reconnues comme complexes, la participation du malade est d'autant plus souhaitée qu'elle contribue à l'amélioration de son état de santé. Plusieurs recherches en sociologie ont eu à traiter de cette question. Maryvette Balcou-Debussche (2006, pp. 8-14) pour les patients atteints de diabète de type 2, explique que dans le cadre de l'éducation thérapeutique, la réussite du projet ne relève pas du registre de la « prescription », mais de la participation active des malades à la démarche. Par la transmission de leurs savoirs, ils s'associent au processus de guérison. Ils sont dotés de ressources propres, qu'ils font partager aux professionnels de santé à partir de leur registre langagier correspondant à leur identité et à leurs pratiques sociales. Patrice Flichy (2010) parle de « révolution » pour expliquer comment un patient peut devenir une personne ressource qui interpelle les scientifiques par sa capacité à élaborer un savoir profane dans des domaines dans lesquels il était, jusqu'à présent, écarté. Cette nouveauté doit beaucoup aux technologies de l'information et de la communication.

La coopération, dans cette évolution, ne se conçoit pas, par conséquent, dans la contrainte et dans les rapports de pouvoir. Elle relève d'une démarche de « régulation informelle positive » (Hufty, 2007, p. 112) où l'objectif est, avant toute chose, d'assurer la préservation de la santé en tant que bien collectif. Dans cet esprit, l'organisation actuelle de la prise en charge des malades tombe en désuétude. C'est ce qu'explique Agnès d'Arripe et *al.* (2010, p.18) en prenant comme référence les réseaux de santé mentale. Le réseau en effet, remet en cause le système de soins basé sur un monopole institutionnel, celui de l'hôpital, avec son organisation bureaucratique complexe qui réunit « savoir et pouvoir ». Certains n'ont pas hésité à parler de « désinstitutionnalisation de l'hôpital » (Valette, 2005, p. 2009) avec un double enjeu : répondre à des objectifs thérapeutiques et économiques et éviter parallèlement, les placements en institutions hospitalières. Agnès d'Arripe et *al.*, assimile ces nouvelles formes d'organisation en réseaux à des configurations « hologrammatiques » qui permettent, dans des contextes d'incertitude, d'affronter des questions difficiles grâce à « des coalitions créatives » (Du Merle, 2010, p. 120).

2.2. L'évaluation des réseaux de santé publique, un champ en cours de construction

La mesure des effets induits par les politiques publiques a donné naissance à un vaste champ de recherches qui s'est structuré autour du concept de « l'évaluation ». Ce champ, a toutefois perdu de sa vigueur et ne serait plus, pour Steve Jacob et *al.* (2004, p. 201), un « véritable objet de recherche en France contrairement à la situation observable dans d'autres pays (Angleterre, Suisse, etc.) ». Ce champ est porté par plusieurs disciplines, des sciences de gestion aux sciences humaines et sociales. Il a pris de l'importance dans les années 1970/1980, avec la crise de l'Etat Providence. Sous l'effet d'une double exigence sociale de justification de l'usage des deniers publics et de l'efficience des services publics, les autorités politiques ont été placées dans l'ardente obligation d'engager des pratiques d'appréciation des programmes d'action publique (Jacquemain et *al.*, 2008). La circulaire Rocard de 1989 sur le renouveau des services publics constitue, en France, un tournant selon Steve Jacob (2006, p. 49), car elle engage un vaste mouvement d'institutionnalisation de l'évaluation des politiques publiques.

Depuis, les dispositifs se sont étoffés et leur développement s'est accéléré avec le vote de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 qui pousse les administrations à se réformer avec l'introduction d'indicateurs de performance dans la gestion financière. Avec le vote du 28 janvier 2009 de la loi des finances publiques et de l'ensemble des mesures portant sur la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), une seconde phase a été enclenchée avec les buts affichés d'améliorer le service rendu aux usagers, de réduire les dépenses publiques et de poursuivre les efforts de modernisation de l'administration tout en valorisant l'initiative de ses agents.

Le domaine de la santé publique a suivi le même mouvement avec la préoccupation de la maîtrise des dépenses de santé. Plusieurs institutions indépendantes ont vu le jour ces quinze dernières années : l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé en 2003, supprimé en 2009 ; le Haut Comité de

la santé publique remplacé en 2002 par le Haut Conseil de la santé publique ; l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) remplacée en 2004, par la Haute Autorité de Santé (HAS) ; l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en 2009, sans oublier l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dont les rapports d'évaluation portent très régulièrement sur les plans nationaux de santé comme le Plan cancer en 2008, ou en 2009, le PNNS. Le processus de régionalisation de la santé enclenché en 1996 avec les ordonnances Juppé, renforcé en juillet 2009 par la loi HPST, a confié aux ARS les compétences d'évaluation pour toutes les actions de prévention et de promotion de la santé au niveau des régions.

L'institutionnalisation de ces formes d'évaluation ne doit pas se confondre avec d'autres dispositifs d'évaluation collectifs portés par la réglementation. Ces derniers prennent l'appellation générique « d'évaluation des pratiques professionnelles ». Ils s'inscrivent dans une toute autre logique avec des approches contraignantes, puisqu'ils recouvrent une dimension de contrôle et de certification pouvant conditionner l'allocation des ressources. C'est notamment le cas pour les réseaux de santé : « Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat » (article L.6321-1 du code de la santé publique). La qualité, dans ce sens, renvoie à la définition de Kathleen N. Lohr (1990, p.441) qui assimile cette notion au seuil auquel doivent parvenir les organisations de santé pour répondre aux besoins des individus et des populations, compte tenu de l'état des connaissances scientifiques. En d'autres termes, les organisations réticulaires doivent conduire à un bénéfice pour la société et les patients, en prenant en compte pour ces derniers, leur bien-être, leur état de santé, leur qualité de vie et les interactions avec les professionnels de soins.

Cette définition place implicitement les professionnels de santé au cœur du processus d'évaluation où médecins, malades et société sont indissociables. Nous sommes, à ce niveau, au cœur de la réflexion de Michel Setbon (2000), qui voit dans la qualité des soins un moyen de repenser l'action collective en vue de favoriser le changement dans les organisations de santé. Les malades sont également associés

à ce processus d'évaluation. Le législateur les a dotés d'un nouveau statut. De simples destinataires d'un service standardisé, ils deviennent des « co-décideurs » en participant aux différentes phases de l'évaluation. C'est un élément fortement perturbateur pour les professionnels de santé car la qualité devient une norme absolue. Elle s'impose aux soignants qui se trouvent « pris malgré eux, dans une construction procédurale qui les assujettit à un pouvoir normalisateur auquel ils doivent adhérer » (De Gaulejac, 2005).

Mais autant l'évaluation des pratiques est une réalité de longue date pour les établissements de santé, autant pour les réseaux de soins le terrain est en friche. Patrick Castel et *al.* (2007, pp.27-28) explique que la littérature sur les réseaux et filières de soins et de santé est abondante. En revanche, il précise que les études empiriques sont en nombre très limité et n'apportent aucun éclairage sur l'évaluation. Les articles abordent cet objet, soit sous un angle économique avec des théories explicitant la naissance de ces formes réticulaires d'organisation, soit sous une approche managériale avec des conseils apportés aux gestionnaires hospitaliers adhérant à ces réseaux. Le seul support ayant fait l'objet d'une diffusion est un guide élaboré par les sociétés savantes de l'ANAES, trois ans avant la publication de la loi fondatrice du 4 mars 2002. Cet outil, selon Anne Buttard (2008), n'est d'aucun apport pour apprécier la réalité de l'activité des réseaux de santé et surtout leur efficacité. En 2006, la mission régionale de santé de la Région Rhône-Alpes dressait le constat suivant : « Il n'existe pas en l'état actuel de politique harmonisée entre les régions en matière de choix des modalités d'évaluation qui peut être réalisée soit par un prestataire externe, soit par les financeurs, soit encore sous la forme d'une autoévaluation... Des actions d'évaluation des réseaux ne sont que très ponctuellement réalisées par les acteurs de l'Assurance Maladie dont le rôle en ce domaine est insuffisamment défini... Dans ces conditions l'Assurance Maladie n'est pas en mesure d'échapper à une gestion « en aveugle » de la DNDR... ».

Cette lacune pour Anne Buttard, tient à la persistance du cloisonnement entre les parties. Est en cause, principalement, le manque d'homogénéité des instruments du pilotage financier avec, pour l'hôpital, le système exigeant de la T2A qui lie les recettes à l'activité hospitalière et, pour la médecine de ville, le paiement à l'acte dont

le caractère libéral incite davantage à un comportement opportuniste plus qu'à une démarche collective du travail en réseau. L'intérêt de cet article réside dans la formulation de pistes de réflexion pour la construction d'un outil d'évaluation à partir d'un cadre d'analyse reposant sur les théories de l'agence et de l'économie des conventions.

Le recours à la théorie de l'agence part d'un constat, celui de l'existence de relations d'information asymétriques entre les acteurs du système de santé. Sophie Béjean (1997, p.19) décrit plusieurs niveaux de « relations d'agence » : médecin/patient, patient/assurance maladie, médecin/autorités de tutelle, médecin/gestionnaire hospitalier... Pour chacune de ces relations, un contrat de mandat lie, de façon étroite, chacune des parties. Dans le cas des réseaux de santé, la relation d'agence s'établit entre l'ARS (« le principal ou le mandant ») et le gestionnaire du réseau (« l'agent ou le mandataire »). Le contrat repose sur la production d'informations relatives à l'activité du réseau par l'agent et sur l'allocation de ressources financières par l'ARS. Mais des coûts d'agence peuvent apparaître en raison de « comportements déviants » (Parat, 1999, p. 34), consistant par exemple, à masquer l'effort de production ou à ajuster l'activité en fonction des financements accordés. C'est dans la réduction des coûts de surveillance que l'évaluation prend toute sa dimension. La réussite de la démarche passe alors par la production d'outils incitatifs de mesure permettant, tout à la fois, d'objectiver la performance des réseaux et de mettre en place des systèmes d'intéressement. De façon complémentaire, l'économie des conventions démontre que les outils d'évaluation n'ont qu'une rationalité limitée, que ce ne sont pas les outils eux-mêmes qui sont les plus importants, mais leur acceptation. Dans le cadre de cette théorie, la démarche d'évaluation consiste, alors, pour des acteurs dont les approches d'évaluation sont différenciées, à négocier pour aboutir à des accords sur des critères d'évaluation qu'ils auront co-construits. Ces règles d'évaluation sont autant de répertoires ou de régimes d'actions (Sailly et Lebrun, 1997, p. 41). En résumé, la stabilité des réseaux de santé réside dans l'édiction de règles d'évaluation que les acteurs se donnent et qui sont autant d'indicateurs pour le suivi des activités et la justification des demandes de ressources.

De ce cadre théorique, Anne Buttard tire certaines conséquences en termes de système concret d'évaluation. Elle fait de l'instrument du traitement de l'information un pré-requis indispensable pour optimiser l'action collective. Elle écarte d'emblée le recours à l'outil d'évaluation de l'activité hospitalière, le PMSI, jugé trop lourd à manier et insuffisant pour retracer l'activité des maladies complexes qui ne peuvent se résumer à des soins aigus. Elle préconise, en revanche, l'utilisation du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) créé en 2002 et géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). C'est un instrument puissant par sa capacité à agréger les données des séjours hospitaliers tirées du PMSI et celles relatives aux soins de la médecine de ville. L'intérêt de ce support est de permettre de croiser des données médicales et des données d'exposition environnementale ou professionnelle, ou sociodémographiques... pour un même individu (InVS, 2010), à partir d'un outil de production d'informations partagées entre les membres du réseau, le « Dossier Médical Personnel » (DMP).

Au niveau de la qualité, elle renvoie aux procédures de certification qui sont effectives dans les établissements de santé depuis les ordonnances du 24 avril 1996. Ce terrain reste à investir pour les organisations réticulaires. Il s'agit d'une évaluation externe conduite par des professionnels indépendants placés sous l'autorité de la HAS. Le dispositif prend appui sur un référentiel constitué d'indicateurs portant sur la sécurité et la qualité de soins. Le référentiel s'inscrit clairement dans une démarche de surveillance du fonctionnement des institutions et de protection des usagers, sans toutefois subordonner directement l'allocation des ressources aux résultats de l'évaluation. La réussite de la démarche collective dépend de deux types de facteurs. Tout d'abord, de la capacité des équipes à coopérer et à s'entendre sur le choix de l'outil, support de la réflexion collective et, sur la méthode de recueil des données standards. La production qui en résulte est qualifiée par l'auteur de « conventions de qualité ». Ensuite, de l'aptitude cognitive des groupes de travail à prendre de la distance par rapport à leur l'activité quotidienne. Les référentiels qualité sont des outils d'appui permettant aux professionnels de s'extirper des routines et d'une vision principalement centrée sur l'expertise médicale.

Elle préconise, enfin, l'instauration entre l'ARS dans sa fonction de mandant et les acteurs du réseau en leur qualité de mandataire, d'un contrat incitatif par lequel les efforts de productivité des membres du réseau se trouveraient récompensés par une rémunération attractive. L'incitation financière, pour être suffisante, doit, certes, couvrir les charges d'investissement et d'exploitation des réseaux, mais doit être véritablement mise en relation avec la dynamique collective. Cela sous-tend de repenser les modes actuels d'allocation des ressources des partenaires avec un versement direct du produit de l'activité à l'entité. Cela suppose, aussi, d'harmoniser les systèmes de financement aujourd'hui éclatés entre la T2A hospitalière et la rémunération à l'acte pour la médecine de ville. Anne Buttard avance l'idée d'un paiement par « épisode de soins » qui prendrait en compte phases aiguës et phases chroniques de la maladie.

Chapitre IV : Comment l'obésité met à l'épreuve le modèle hospitalier

Défini sur un plan fonctionnel comme un lieu d'exercice thérapeutique hautement technicisé, l'hôpital est confronté depuis ces dernières décennies à une transition épidémiologique avec la progression des maladies chroniques. Ces dernières, auraient aujourd'hui supplanté les maladies infectieuses qui étaient la première cause de mortalité au début du XXème siècle. L'obésité a rejoint les rangs des maladies chroniques en 1997, après sa reconnaissance par l'OMS. Aux incertitudes médicales qui l'entourent, s'ajoute l'inquiétude d'une progression non maîtrisée de la maladie dont l'impact, par-delà les conséquences humaines, serait considérable sur le plan économique pour notre système de santé publique.

Placés au cœur de ce système, les établissements de santé pourraient se trouver confrontés à une source supplémentaire de tension alors qu'ils sont déjà soumis à rude épreuve avec les maladies liées à la sénescence dans un contexte de vieillissement généralisé de la population. Les caractéristiques de la maladie conduiraient, en effet, l'hôpital à repenser son organisation afin de répondre à une double exigence (Baszanger, 1996, p. 4). Tout d'abord au niveau des pratiques professionnelles. Par sa dimension sociale, la maladie suppose de dépasser le cadre sanitaire hospitalier stricto sensu pour s'affranchir de cette ligne de partage, entre le sanitaire et le social, construite depuis une quarantaine d'années. Elle constituerait un sérieux défi pour les établissements de santé en mettant à l'épreuve le modèle actuel, médicalisé et techniciste. Ensuite au niveau de la prise en charge de la maladie. Celle-ci s'inscrit dans la durée, car elle peut être évolutive sans pouvoir assurer aux patients une quelconque rémission. Elle peut exiger des passages réguliers par des consultations ou des hospitalisations fréquentes. Dans un contexte de raréfaction des ressources publiques et dans un environnement concurrentiel qui voit secteur public et secteur privé s'affronter, la prise en charge de la maladie va devoir se confronter au cadre de la régulation des dépenses de santé mis en place dans les établissements publics de santé.

1. L'obésité à l'hôpital ou la représentation du partage symbolique du sanitaire et du social

L'obésité par ses déterminants sanitaires et sociaux illustre parfaitement les sources actuelles des tensions observées à l'hôpital entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale. Pour comprendre cette ligne de partage, c'est près de treize siècles d'une histoire passionnante qu'il faudrait retracer depuis le VIII^{ème} siècle. Là n'est pas notre propos. Toutefois, un rapide retour en arrière, permet de mieux comprendre cette séparation qui s'est progressivement installée entre ces deux champs d'action.

L'hospice, dès ses origines, est imprégné de l'idéologie chrétienne. Son organisation sociale repose sur l'engagement des ordres religieux qui quitteront progressivement les établissements au début des années 1970. De l'hospice à l'Hôtel Dieu, les appellations se sont succédées jusqu'à la Révolution. Elles sont révélatrices de la vocation première de ces organisations : l'accueil et l'hébergement des indigents (infirmes, enfants abandonnés ou orphelins, les vieillards...), mais aussi les pèlerins et bien entendu, les malades. Ces structures assureront toutefois, durant de longues années, une mission de contrôle social en enfermant ceux qui menacent l'ordre public. A la renaissance, la charité laisse la place à la bienfaisance, mais l'Hôpital-Hospice conservera sa vocation sociale, y compris durant tout le XIX^{ème} siècle. La médicalisation de l'hôpital débutera véritablement à la fin du XVIII^{ème} siècle et s'accélérera tout au long du XIX^{ème} siècle. Olivier Faure (1979, pp. 277-290), s'est intéressé à l'exemple Lyonnais et démontre que ce changement est le fait de trois facteurs : l'introduction d'un mode de sélection par concours au niveau des médecins permettant d'élever le niveau de compétence des personnels dans les établissements, le tri et la séparation des malades avec l'ouverture des établissements spécialisés (« L'hôpital expulse les épileptiques, les insensés, les sourds-muets et les militaires galeux et vénériens ») et la promotion de l'hygiène en évitant la promiscuité entre les malades avec la séparation des lits dans les dortoirs, l'aménagement des bâtiments pour favoriser la circulation de l'air et l'utilisation de l'eau minérale.

C'est la législation qui organisera la séparation entre la thérapeutique et le social. En effet, deux lois fondamentales, celle du 15 juillet 1893 et celle du 14 juillet 1905 modifieront l'édifice existant en organisant la séparation des hospices et des hôpitaux, les premiers assurant la prise en charge des vieillards, infirmes et incurables, les seconds celle des malades. Ces deux lois sont annonciatrices de la séparation du sanitaire et du social qui trouvera sa concrétisation effective au début des années 1970. La première grande réforme hospitalière du 31 décembre 1970 consacrera la fin de l'hôpital « asile », en lui donnant les missions d'assurer les fonctions diagnostiques, de soins d'urgence pour les personnes malades, les blessés et les femmes enceintes ainsi que celles relatives à l'enseignement et à la recherche. Les contours du social seront définis par la loi du 30 juin 1975 puis, celle du 2 janvier 2002, avec la protection de l'enfance, de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées en difficulté, et l'assistance « dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif... ».

1.1. La mise en lumière du modèle biomédical

La médicalisation des hôpitaux se poursuivra sous l'effet du progrès scientifique et la création de la sécurité sociale en 1945. Un tournant décisif sera franchi avec la réforme du professeur Debré en décembre 1958 et la naissance des centres hospitaliers et universitaires, la réforme de l'enseignement médical et le développement de la recherche médicale. L'élément essentiel de cette réforme, qui pose les bases du secteur public hospitalier actuel, c'est le passage à temps plein des médecins et la création d'un corps de médecins bi-appartenants avec, au sommet de la hiérarchie, les professeurs d'université, symboles de la réussite médicale. Ce processus s'accompagnera, parallèlement, d'un renforcement du processus de technicisation de la médecine qui a débuté au XVIII^{ème} siècle. Les établissements de santé se doteront de plateaux techniques performants dont les succès seront relayés par la presse. L'offre thérapeutique se développe et la spécialisation du corps médical se couplera à la division du travail des personnels hospitaliers. Avec l'évolution des connaissances scientifiques en biologie, en génétique, le « bio-pouvoir » pour reprendre l'expression de Michel Foucault (1976),

va s'affirmer dans les hôpitaux. L'analyse de Claudine Herzlich (1973, pp. 41-59) sur le système hospitalier quelques années après l'introduction de la réforme Debré, permet de mieux mesurer cette évolution, avec la remise en cause des valeurs et des modes traditionnels de fonctionnement de la profession médicale : « son caractère libéral d'une part, d'autre part la prépondérance du médecin sur l'hôpital ».

Cette mutation s'est poursuivie et a nourri une littérature abondante en sociologie à la fin des années 1990 sur l'hyperspécialisation de l'hôpital. Il en ressortirait que l'exercice médical s'apparenterait de plus en plus à une activité de production de soin, « à une entreprise de salut guidé par la science et instrumenté par la technique », avec une « incidence éthique non négligeable : la relation avec le sujet malade disparaît au profit de la relation avec un client objet qui s'insère dans le processus technique de médicalisation » (Plourde, 2000). L'hôpital serait, par ailleurs, devenu un appareil de production d'inégalités selon Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004). L'enquête réalisée par Claudine Herzlich (1973, pp. 41-59) en 1968 et 1969 peut servir de référence. Elle est d'une étonnante actualité dans le cadre de notre recherche. L'auteur prend comme comparaison deux services, l'un de médecine générale et l'autre de chirurgie situés dans deux hôpitaux appartenant à l'assistance publique des hôpitaux de Paris.

Le service de médecine générale comprend une division spatiale où sont hébergés, soignés et gardiennés des patients dans la pure tradition hospitalière. Vieillards, mal logés, personnes sans ressources, délinquants... telle est la clientèle accueillie. L'organisation du travail est peu rationnelle avec une planification des activités réalisée au jour le jour. Toutefois, la position du corps médical n'est pas unanime sur cette population que certains qualifient de marginaux et qui ne relèverait pas de la catégorie des « malades » et donc de l'hôpital. A côtés de ces derniers, cohabitent des malades « surmédicalisés », correspondant à l'image que se font les médecins de leur métier et à l'activité qu'ils entendent pratiquer. Ces derniers qui sont véritablement « choisis », sont considérés comme des malades « précieux », car répondant aux critères de la « belle » maladie. Pour Claudine Herzlich, le comportement de ces médecins traduit une volonté de valoriser l'activité de la médecine générale considérée comme moins prestigieuse dans la hiérarchie des

activités médicales et du corps médical. Dans le service de chirurgie plastique, la clientèle est moins locale et pour l'essentiel, adressée par les médecins généralistes. A la différence du service de médecine générale, les malades sont sélectionnés à l'appui de la constitution du réseau médical. L'organisation du travail est rationnelle et efficace pour répondre aux exigences d'une rotation rapide des patients. Ce service, dégagé de toute fonction de gardiennage, s'éloigne de la tradition d'assistance de l'hôpital. Le médecin, dans cette organisation, acquiert par sa spécialisation la reconnaissance et le prestige de ses pairs, s'autonomisant tout en mettant à distance les principes traditionnels de l'hôpital.

La sélection des patients à l'entrée de l'hôpital et la remise en cause de l'universalisme de l'activité médicale a pris une nouvelle tournure avec les difficultés liées à l'engorgement des urgences à l'hôpital et l'introduction d'une logique gestionnaire dans le champ médical. Nicolas Dodier et Agnès Camus (1997, pp. 109-119) ont mené une étude aux urgences d'un hôpital parisien. Ils mettent également en évidence la confrontation de deux logiques, celle qui renverrait à la tradition de l'accueil hospitalier, sans distinction entre les individus, et celle de la gestion qui consisterait à trier les patients pour déceler « les urgences vraies », celles qui engageraient le pronostic vital de la personne. Ces dernières seraient loin de représenter la majorité des cas. Les personnels soignants seraient, en effet, confrontés à une demande sociale avec l'arrivée aux urgences de personnes qui imposeraient une prise en charge lourde, en grande précarité, sans ressources et ayant des difficultés à accéder aux soins. Ces personnes seraient déclassées dans la hiérarchie des priorités des urgences. Il est intéressant de noter l'attitude contrastée des personnels de soins face à ces patients, certains n'hésitant pas à exprimer un refus de prise en charge dans la mesure où ils ne répondraient pas aux critères d'admission, les autres rappelant la dimension sociale historique de l'hôpital et se mobilisant en conséquence.

Dernier élément mobilisé dans ce travail de sélection de la part du corps médical principalement (« jeunes médecins internes et externes »), l'intérêt intellectuel de la pathologie. C'est une approche utilisatrice de la pathologie qui les amènerait à ne retenir que les cas les plus enrichissants pour leur formation ou pour les médecins

séniors, ceux qui leur permettraient de nourrir leurs recherches. Dans l'espace qui se crée entre l'urgence vraie et la demande sociale, on trouverait les « tolérés », c'est-à-dire, des personnes dont la pathologie serait faiblement mobilisatrice en ressources médicales et qui ne relèverait pas d'une priorité dans la hiérarchie des prises en charge. Ces derniers seraient alors soumis aux aléas de la vie du service, en particulier aux délais d'attente liés à la charge de travail du moment.

Le processus de sélection à l'œuvre trouve une nouvelle source de renforcement avec l'introduction d'un dispositif de tarification de l'activité hospitalière plus connu sous l'acronyme T2A. La sociologie de l'économie a porté récemment un regard intéressé à ce nouvel outil de gestion médico-économique, en considérant qu'il y avait, là, une voie possible à la sélection des patients. Nicolas Belorgey (2009, pp. 73-89) et Vincent de Gaulejac (2011, pp. 171-183), ont livré, chacun à leur niveau, une analyse critique de ce dispositif introduit dans le secteur hospitalier français en 2005. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus en détails.

Schématiquement, il repose sur l'idée que le financement des établissements de santé est dépendant de leur production de soins, ce qui entraînerait de nombreux effets pervers selon un document de travail de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Or et Renaud, 2009). Ses effets seraient de deux ordres. Le dispositif aurait, tout d'abord, une incidence sur la qualité des soins en réduisant les délais et les coûts de séjour comme l'illustre Nicolas Belorgey avec un exemple tiré d'un service des urgences. L'activité étant évaluée sur l'indicateur du nombre de passages, la prise en charge des patients serait assurée dans de moins bonnes conditions puisqu'il faudrait aller au plus vite sans possibilité d'approfondir les examens cliniques. Une sélection des patients se réaliserait ensuite, en priorisant ceux dont les pathologies sont les plus rentables, ceux évalués comme moins lourds, ou ceux répondant à une organisation de travail standardisée. La critique la plus acerbe de ce dispositif est celle de Vincent de Gaulejac (2011, p. 178). Il considère qu'il pousserait au développement d'un comportement de tricheur « pour survivre ». Il ajoute que le dispositif s'inscrirait dans les antagonismes de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière tiraillée d'un côté, par le respect des valeurs fondatrices de l'institution et de l'autre, la rationalité de la gestion des soins.

1.2. En sacrifiant à la modernité, l'hôpital a renvoyé la dimension sociale de l'activité hospitalière dans la sphère du travail invisible

L'hôpital serait devenu le domaine de l'exercice médical par excellence, reconnu par son efficacité technique à guérir les malades. Il se serait imposé, selon l'expression consacrée par Michel Foucault (1979), comme une « machine à guérir ». Il n'en a pas moins gardé certaines de ses caractéristiques séculaires. Il reste toujours le théâtre de la souffrance, du vieillissement et de la mort. Mais, cette fonction sociale sur laquelle il s'est construit, a été progressivement supplantée par la fonction thérapeutique. Entre modernité et tradition, l'hôpital a développé une organisation de travail, en instaurant des frontières symboliques entre le sanitaire et le social et en créant en leur sein une division particulière du travail.

Antoinette Chauvenet (1978) constate que l'hôpital est le lieu où s'exercerait une médecine à plusieurs niveaux : la « médecine de prestige à haute technicité » que l'on trouve dans les services de spécialité dans les CHU, une « médecine de masse » pratiquée dans les services semi-spécialisés de la plupart des hôpitaux, enfin une « filière de quasi-abandon médical » qui est celle de la médecine de deuxième rang où se retrouveraient les déclassés de la société, des « cas sociaux », aux malades frappés de pathologies particulièrement lourdes. Jean Peneff (1992), lui emboîte le pas. Dans un important travail de monographie sur les urgences d'un établissement hospitalier français situé sur la côte Atlantique, il décrit l'espace hospitalier comme un lieu où les « beaux quartiers », ceux des filières médicales spécialisées, côtoieraient les « bas quartiers » ceux des personnes âgées, des pathologies chroniques..., chacun évitant au quotidien de fréquenter ces « quartiers peu agréables ou non familiers ». Cette ligne de partage conduirait à reléguer certains patients aux urgences ou dans les limbes de la relation médecine de ville, médecine hospitalière. Ce sont ceux que François Danet (2011, p. 28) qualifie de « non catégorisables », c'est-à-dire les malades identifiés comme particulièrement coûteux pour l'hôpital car difficilement « tarifables ».

Le « social » par opposition au modèle « sanitaire » dominant, a longtemps été considéré à l'hôpital, comme le lieu de placement des « outsiders ». Il a su cependant, se frayer un chemin au sein de l'organisation hospitalière. A son tour, il s'est spécialisé et a construit une offre de prise en charge spécifique : urgences (gériatriques, psychiatriques...), consultations. Dans le même temps, le vieillissement de la population avec ses maladies associées, l'augmentation des maladies chroniques contribueraient à bousculer la rationalisation de l'activité hospitalière. Cette évolution scellerait le retour du social dans les pratiques professionnelles qui du coup, retrouveraient une dimension quelque peu oubliée.

Cette division symbolique du travail hospitalier avec le sanitaire marqué par sa dimension technique et le social étiqueté par sa composante relationnelle, a fait l'objet de plusieurs études monographiques réalisées dans des services auprès des professionnels paramédicaux. A la suite d'Everett Hughes (1971), la sociologie des professions a rendu compte des activités de ces groupes dont la « visibilité sociale » pour Dubar (Dubar et *al.*, 2011, p. 253), est moins représentative que celle des médecins. Anne Véga (1997, pp. 103-132) a conduit une étude sur les représentations professionnelles des infirmières, avec deux figures qui s'opposeraient : d'un côté, les « infirmières techniciennes » qui mettraient à distance la relation avec le patient pour mieux valoriser la composante technique du métier. Ce sont celles qui se rapprocheraient le plus des médecins et qui tireraient une reconnaissance professionnelle de la fonction curative ; de l'autre côté, les « infirmières relationnelles » qui mettraient, au centre de leur pratique, la relation d'aide et ramèneraient les aspects techniques au second plan.

Comme le précise Lilian Mathieu (2000, p. 127) pour les infirmières travaillant auprès des malades atteints du SIDA, il ne s'agit pas d'en donner une lecture dévalorisée en terme de compétences professionnelles. Le travail est certes comparativement moins technique, mais il serait tout aussi lourd sur un plan psychique et complexe avec la relation d'aide qui structurerait l'activité des soignants. Les savoirs mobilisés, sont en effet, d'une toute autre nature et supposeraient un processus d'apprentissage « par tâtonnement, et corrections des erreurs », démarches qui échapperaient au cadre traditionnel des formations

hospitalières. Reste que ce travail moins visible sur lequel s'appuie la prise en charge des maladies chroniques ne semblerait pas très prisé par les infirmières, car les maladies seraient souvent décrites comme « lourdes », avec une guérison nettement plus aléatoire.

Ces infirmières relationnelles se retrouveraient en concurrence avec une autre catégorie de personnels « invisibles » (Arborio, 2001) dans l'organisation hospitalière, les aides-soignants. Placés dans une situation intermédiaire entre les infirmiers et les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), leurs tâches seraient souvent ramenées au « sale travail » (« *dirty work* »), c'est-à-dire à des tâches souvent reconnues comme ingrates et qui touchent au corps du malade ou à son environnement (toilettes, déchets, bassin...). Mais ils auraient su s'approprier ces tâches moins prestigieuses pour mieux légitimer leur position dans la relation d'aide au malade. Ces tâches, explique Lise Causse (2008, p. 85-87), les amèneraient en effet, à passer au quotidien plus de temps auprès des patients que les autres professionnels de santé. La relation d'aide, poursuit l'auteur, deviendrait alors un élément constitutif de leur identité professionnelle. Elle les autoriserait à faire valoir leur point de vue dans les équipes de soins. L'aide, dans ce sens, recouvrirait à la fois le travail du soin, mais aussi la relation aux patients aux différentes étapes de la vie qu'il faut reconforter par « des gestes de reconnaissance » ou des « paroles bienveillantes ». Les toilettes en seraient la meilleure illustration. Actes banalisés dans le quotidien des soignants sans grand contenu technique (« un peu d'eau et de savon »), ce serait un facteur de reconnaissance du travail de l'aide-soignant dans sa relation de « proximité corporelle et relationnelle » aux patients.

2. L'obésité face à la rationalisation de l'organisation hospitalière

Le système hospitalier serait actuellement sous tension (Schweyer, 2005). Parallèlement à la maîtrise de ses dépenses, les autorités publiques lui demanderaient de répondre à de nouveaux besoins de santé dont l'obésité ne serait qu'une des formes les plus gravissimes. Parce que la prise en charge de la maladie serait plus longue et plus complexe avec une demande de soins spécialisés et d'équipements adaptés, elle s'avèrerait aussi plus coûteuse pour l'assurance maladie. Ce surcoût est loin d'être compensé par une progression des budgets des établissements de santé. Au contraire, quand les pouvoirs publics ne leur demandent pas de réduire leurs dépenses, ils sont invités à améliorer l'efficacité de leur organisation de travail. Ce changement se réalise dans un contexte à la fois de raréfaction des financements publics et d'exigences nouvelles des patients. Face aux poids des dépenses de soins supplémentaires qu'ils sont amenés à supporter toute une vie durant pour les cas les plus lourds, ils demanderaient, en contrepartie, aux hôpitaux de leur garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge.

Les stratégies de prise en charge de l'obésité se conjuguent, par conséquent, au rythme des réformes hospitalières. Jusqu'au milieu des années 1990, celles-ci étaient assimilées à des mécanismes quantitatifs destinés à plafonner l'évolution des dépenses hospitalières. A partir de 1996, les instruments de contrôle étatique ont connu des évolutions importantes, avec l'avènement des dispositifs qualitatifs d'évaluation des soins. Dans cette approche, il s'agit tout à la fois, de garantir aux patients un bénéfice pour sa santé et d'optimiser les ressources hospitalières. L'obésité se trouve confrontée principalement à deux instruments. Il s'agit de la T2A sur laquelle repose aujourd'hui le financement des hôpitaux et les démarches de certification qui répondent à un impératif de normalisation des pratiques de prise en charge des patients. Ces outils ne seraient pas pure technique, explique la sociologie de l'action publique, ils auraient, chacun à leur niveau, des conséquences sur les pratiques professionnelles et constitueraient des moyens implicites de rationaliser l'organisation hospitalière.

2.1. La T2A, ou le triomphe de l'hyper-rationalisation de l'activité médicale

La T2A et le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) sont deux instruments de pilotage médico-économique des hôpitaux qui ont fini par s'encaster avec la réforme hospitalière de 2005. C'est une construction relativement complexe sur laquelle il convient de revenir, si l'on veut bien comprendre tous les enjeux soulevés par l'introduction de ces dispositifs techniques.

L'édifice financier actuel de l'hôpital repose sur un système d'information de l'activité médicale, le PMSI, dont l'introduction a été réalisée en France en 1982 après avoir été expérimenté aux Etats-Unis. Initialement conçu comme un outil épidémiologique, il s'est progressivement imposé, depuis 1991, comme l'outil de référence d'analyse de l'activité de chaque établissement. Son pilotage a été confié naturellement au corps médical au sein des départements de l'information médicale (DIM). Le PMSI est, en quelque sorte, une base de données servant à mesurer la production de soins hospitaliers. Avec la réforme « Hôpital 2007 », cet outil est devenu le socle de la réforme de la T2A, que l'on qualifiera plutôt de « méthode d'allocations de ressources ». Deux grands principes ont guidé la construction de ce deuxième instrument : un principe d'équité de traitement entre les établissements sur le territoire national, dans la mesure où, sous réserve d'un bon codage de son activité, chacun a la garantie de bénéficier du même prix pour un même service ; un principe d'efficience, imposant à chaque établissement de réaliser des efforts pour améliorer le service rendu. La réforme pose donc, les règles d'une autonomisation des établissements hospitaliers dans la gestion de leurs ressources financières mais cette autonomie est relative. Dans les faits, le dispositif institué est encadré au niveau national par la loi de financement de la sécurité sociale, qui fixe un objectif annuel des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), avec un mécanisme de baisse des tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité globale des établissements de santé sur le territoire national.

Ces considérations techniques mises à part, l'intérêt du sociologue est porté par les enjeux politiques, économiques et professionnels de l'introduction de tels instruments de mesure. D'emblée, la question de l'ajustement des pratiques

cliniques aux exigences économiques est soulevée, de même qu'il convient de s'interroger sur la confrontation des valeurs traditionnelles de l'hôpital aux exigences de productivité de la T2A.

Si l'on suit le rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (Mercereau, Boutereau-Tichet et *al.*, 2006), la T2A ne serait pas « en soi un outil de régulation » des dépenses de santé, dans la mesure où elle ne serait pas un moyen d'incitation à l'amélioration de la gestion des établissements, « tout au plus constitue-t-elle un révélateur des marges de progrès en la matière ». Six ans après la mise en œuvre de la réforme, la pratique démontrerait que l'outil se révèle plus contraignant qu'il n'y paraît²⁷. En effet, les allocations de ressources versées par l'assurance maladie seraient ajustées en fonction du volume et de la nature des activités des établissements déclarées mensuellement à la tutelle par le DIM de chaque établissement. Ce faisant, une réduction d'activité imposerait à chaque établissement de procéder à des ajustements réguliers de l'organisation de travail pour rechercher, selon le langage du gestionnaire, « des gains de productivité ». Dans le quotidien, cela implique pour les directions des établissements d'instaurer de nouvelles « règles de contrôle » (Reynaud, 1994), c'est-à-dire la fixation d'objectifs d'activité associés, éventuellement, au renforcement du contrôle des dépenses du personnel par le sommet stratégique (Mintzberg, 1989) afin de s'assurer de l'application de la règle. L'ensemble de la démarche s'inscrit dans ce qui est appelé pudiquement, « le dialogue de gestion médico-administratif ».

Nicolas Belorgey (2010), tire de son travail d'observation aux urgences de différents établissements, plusieurs enseignements sur la manière d'appréhender les logiques de gestion par les professionnels à l'aune de la réforme. Du point de vue de

²⁷ Voici ce que précisait la circulaire concernant la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé : « L'hypothèse de volume de la part activité est supérieure à celle retenue les années précédentes et ce, afin de tenir compte du dynamisme de l'activité des établissements MCO constaté, notamment sur l'exercice 2010. La nécessité de respecter strictement l'ONDAM arrêté par le Parlement implique, de votre part, une constante vigilance sur l'évolution de l'activité dans votre région, une mobilisation de l'ensemble des outils de régulation mis à votre disposition et le souci d'un dialogue de gestion approfondi avec les établissements de santé » (DGOS, 2011).

l'administration gestionnaire, les indicateurs de gestion seraient radicalement différents de ceux des soignants. L'exemple de l'évaluation de la charge en soin qui est un élément essentiel pour le calcul des effectifs des services, est assez éloquent. Alors que les soignants se fondent sur leur pratique de terrain pour évaluer au plus juste leurs besoins à l'appui de critères médicaux (prise des médicaments, suivi post-opératoire après une intervention chirurgicale...) et paramédicaux (toilettes, repas...), les administrateurs, « parce qu'ils n'en ont pas la compétence », se réfèreraient à des indicateurs plus généraux collectés auprès d'autres établissements de santé et, sur une enveloppe limitative de crédits pour un ensemble d'effectifs rémunéré au niveau de l'hôpital. S'instaurerait, en quelques sorte, un dialogue de sourd entre direction et soignants et, parce que la qualité des soins serait en jeu, des phénomènes de résistance verraient le jour avec des conflits se traduisant par des mouvements de grève. Se grefferait également la perception d'un travail spécifique qui leur est demandé qu'ils apparenteraient à une « corvée » ne traduisant pas fidèlement la nature de leur activité.

L'introduction de ces outils de gestion sous-tend des rapports de domination entre l'administration et les médecins, car « en permettant l'irruption du langage gestionnaire dans le domaine de la santé et sa jonction avec le langage médical, ces instruments rendent possible l'évaluation du travail médical par des catégories non médicales » (Tsoungui, 2009). C'est ce que confirment aussi Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru (2010). Le développement des instruments de gestion, pour ces auteurs, n'aurait qu'un objectif : permettre à l'Etat et à l'administration « d'avoir une prise réelle sur l'activité médicale », en intégrant « l'activité médicale dans une chaîne hiérarchique clairement définie ».

Bien que les soignants s'en défendent, la gestion financière serait bien présente dans la pratique professionnelle, même si elle est souvent décrite comme un « simple appendice ». Cette activité implicite de gestion renvoie à Jean-Daniel Reynaud (1989, p. 40) et à la théorie de la régulation sociale. La régulation « est un compromis ou plutôt un *no man's land* » entre les règles que souhaiteraient imposer les autorités et celles que les usagers seraient prêts à admettre. Toute organisation du travail serait constituée, d'une part, de règles formelles, celles qui sont écrites, affichées et d'autre part, des règles implicites « non connues, en partie

clandestines » (Reynaud, 1988, p. 6). En d'autres termes, chaque groupe social confronté à une réforme dans sa pratique, se verrait reconnaître une capacité à se l'approprier (Bernoux, 2004) ou à la contourner. Régulation de contrôle et régulation autonome peuvent donc rentrer en confrontation sur le terrain hospitalier dans la mesure où, poursuit Jean-Daniel Reynaud, chacune repose sur « un système de valeurs et donc de croyances » différent. Le premier registre de régulation renvoie à une logique de calcul et d'efficacité économique alors que le second est davantage lié aux sentiments et à l'affectivité. Précision importante, le registre économique comme le registre affectif, ne seraient pas l'apanage d'une catégorie sociale plutôt que d'une autre, la gestion économique à la direction et à l'encadrement, les sentiments aux exécutants donc aux soignants. Les deux logiques peuvent être associées au sein de chacun groupe social, même s'il faut bien reconnaître, que la gestion économique relève plutôt de l'exercice des fonctions de direction.

Cette analyse nous conduit naturellement à nous intéresser à la manière dont les équipes s'approprient ce nouvel instrument de gestion, comment dans des situations concrètes, elles reconfigurent leur activité. Cette dimension du travail relève de « la part oubliée des restructurations hospitalières » selon Marie Raveyre et Pascal Ughetto (2003, pp. 95-119). A l'appui d'entretiens réalisés auprès de différents groupes de professionnels hospitaliers, ils font le constat que les restructurations à l'hôpital n'auraient pas seulement des effets sur l'emploi, comme le relate très régulièrement la presse²⁸, mais, qu'elles affecteraient, aussi, une réalité invisible du travail : les tâches doivent être repensées, ainsi que les accords et les conventions passées au sein de l'organisation. De même, apparaîtraient des pratiques qui imposeraient de renouveler des alliances entre les différentes identités professionnelles. Françoise Acker (2005, pp. 161-180) donne un exemple de ces ajustements à partir de la « reconfiguration du travail infirmier » dans les établissements de santé de court séjour.

²⁸ Stéphanie Benz dans un article publié sur le site Web de « l'Expansion » du 4 mai 2011, intitulé « Saignée d'emploi à l'hôpital », recense sur une carte de France les établissements hospitaliers contraints de réduire les effectifs sous la pression budgétaire avec l'indication du nombre de suppression de postes pour chacun d'entre eux.

Première indicateur de gestion à reconfigurer les activités de soins, la durée moyenne de séjour (DMS). Il correspond, pour une pathologie donnée, au nombre de journées d'hospitalisation dans l'année, rapporté au nombre de séjours. Ce ratio fait l'objet de toutes les attentions de la part des DIM. Ces dernières années, la DMS a connu une réduction sensible sous les effets conjugués du progrès technique, si l'on prend le seul cas de la chirurgie, mais aussi, d'une implication grandissante du corps médical dans la fonction de codage des séjours hospitaliers. La première conséquence directe sur l'organisation hospitalière a été de spécialiser certaines unités en regroupant les malades atteints des mêmes affections, mais aussi de modifier la segmentation des services en ouvrant de nouvelles structures comme les services d'hospitalisation de jour ou de semaine.

Cette nouvelle organisation aurait entraîné une gestion « à flux tendus » des entrées, la « standardisation des séjours » avec une conséquence directe sur le travail des infirmières placées dans l'obligation de prioriser la technicité des soins, au détriment de la dimension relationnelle pourtant centrale de leur activité. Des dysfonctionnements auraient été par ailleurs observés au niveau de la dispensation des soins du fait de l'enchaînement des prises en charge médicales. Alors qu'antérieurement, lors des pré-admissions, les infirmières se consacraient à un travail d'information des patients en leur apportant les précisions nécessaires sur la nature de l'intervention et du traitement à suivre, elles auraient été amenées à reconsidérer le contenu de leur travail pour répondre au rythme des admissions. Elles auraient, soit reporté certaines tâches en amont de l'hospitalisation lors des consultations (redistribution spatiale), soit en aval, au moment de la sortie (redistribution temporelle), avec un suivi individualisé des malades par téléphone.

Les consultations programmées quelques jours avant l'entrée du patient, deviendraient pour les infirmières un véritable refuge où, loin du travail intensif du service, elles conduiraient un travail de « réparation » en complétant l'information médicale ou en l'explicitant. Par la même occasion, se redessineraient des frontières professionnelles au sein du corps infirmier où, certaines infirmières, en se spécialisant dans un rôle d'information au sein de ces consultations, mobiliseraient de nouveaux savoirs et mettraient à distance la dimension technique de la profession

pour retrouver la dimension sociale de leur profession. Autres réalités invisibles du travail en raison de la réduction de la DMS, le transfert partiel de la charge en soins vers les professions libérales (cabinets privés en ville et/ou infirmières libérales pour les soins à domicile) lors de la sortie du patient mais aussi, l'essor des prises en charge en ambulatoire. Dans ce cadre, les infirmières assureraient, en quelque sorte, la continuité du service par téléphone, mais la démarche serait aléatoire en l'absence d'un cadre institutionnel et d'une programmation des entretiens téléphoniques.

Enfin, en dehors de cette reconfiguration spatiale et temporaire, la programmation journalière des soins infirmiers serait aussi affectée par l'intensification du travail, en particulier les tâches qui constitueraient le cœur de l'exercice professionnel infirmier. On citera la dispensation des médicaments, la sécurité de la prise en charge des patients au sens large, activités qui relèvent de l'éthique de conviction. Elles sont assurées en continu sans aucune hiérarchisation par les infirmières. De même, les autres tâches qui gravitent autour de ces éléments centraux et qui sont fortement tributaires de la disponibilité des infirmières, seraient touchées. Par exemple, tout ce qui concerne l'information sur l'éducation thérapeutique du patient (hygiène, diététique...), activité qui contribue à la prévention de certaines maladies, ou à éviter les rechutes. Dans les secteurs de court séjour en médecine, en chirurgie ou en obstétrique, cette information ne revêt aucun caractère systématique, à la différence des secteurs de moyen ou de long séjour où l'information peut être dispensée au cours du séjour.

Avec Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin et Maryse Gadreau (2006), on observera que, la T2A et son application ne relèvent pas d'une autorité stricte de type rationalité légale au sens de Weber, mais d'une démarche hybride où l'autorité publique doit s'accommoder de la régulation autonome des professionnels qui la mettent en œuvre. « Ce qui fait système est donc un jeu institutionnel de régulations », où l'autorité publique impulserait un mouvement, en laissant une part d'autonomie importante aux établissements, dans la mesure où les instruments de la gouvernance financière « ne sont pas pure technique, ils produisent des effets spécifiques indépendant des objectifs affichés et ils structurent l'action publique selon une logique qui leur appartient » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 31).

2.2. La « normalisation » des pratiques professionnelles

La qualité à l'hôpital pour Frederik Mispelblom (1995, p. 8), serait « un thème d'une aveuglante évidence », tant les enjeux seraient cruciaux pour la sécurité des patients. L'amélioration de la prise en charge de l'obésité dans les établissements de santé n'apparaît que de façon très indirecte dans les premiers dispositifs d'évaluation de la qualité à l'hôpital. La thématique est sous-jacente aux références concernant l'alimentation et la nutrition, deux rubriques inscrites dans les manuels d'accréditation instaurés par les ordonnances du 24 avril 1996. Notamment, le dépistage des troubles nutritionnels est considéré comme un indicateur de qualité. L'obésité émerge véritablement en 2009, avec les préconisations du plan d'action sur l'obésité dans les établissements de soins du professeur Arnaud Basdevant (2009) et plus encore, avec les recommandations des sociétés savantes pour la chirurgie de l'obésité. En juin 2009, l'HAS a en effet produit une série de critères pour évaluer et améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la chirurgie de l'obésité : diagnostic préopératoire (prise en compte de l'IMC, bilan nutritionnel, évaluation psychologique...), information et suivi postopératoire des patients (consultation de suivi postopératoire, prise en charge éducative au plan nutritionnel, diététique, physique). Récemment en septembre 2011, dans le cadre du PNNS 2, l'HAS s'est intéressée à l'amélioration des pratiques pour la prise en charge médicale des adultes ayant un surpoids, ou une obésité par le médecin de premier recours.

Pour autant, ce qui se joue sur le terrain démontre que cette consensualité ne serait qu'apparente. La mise aux normes des pratiques serait un terrain où se livreraient de « sourdes batailles ». Le codage de l'obésité, comme nous le verrons dans la troisième partie de notre recherche, en est une bonne illustration. C'est ce que traduit la littérature spécialisée qui s'est développée au rythme de la réglementation. Ce domaine a été investi par la sociologie des organisations depuis les années 1970 pour ce qui concerne le domaine industriel. En revanche, pour la santé, cet objet de recherche n'est étudié que depuis une quinzaine d'années. Dans le foisonnement des ouvrages et des articles, on peut isoler la thèse de doctorat de Magalie Robelet sur « les figures de la qualité des soins » (2002) où elle revient sur le double mouvement qui a affecté la qualité des soins avec, d'un côté, le

mouvement de rationalisation des activités médicales au milieu des années 1970 et de l'autre, l'hybridation de cette rationalisation avec son élargissement, il y a peu, au domaine du soin et à la relation au « client ».

L'optimisation des pratiques professionnelles au travers des méthodes d'évaluation de la qualité relève d'un véritable processus d'institutionnalisation par le truchement d'un arsenal législatif. Il tire sa source des ordonnances Juppé de 1996, relayées par une agence d'évaluation indépendante, au pouvoir de contrôle important, l'HAS. Cette dernière, impose à tous les établissements de santé de se soumettre à une procédure de « certification », qui consiste à accorder un « satisfecit » (Bercot, 2008) aux établissements sur leur gestion de la qualité et des risques sanitaires. Depuis 1996, la construction juridique s'est considérablement amplifiée jusqu'à la loi HPST de juillet 2009 qui impose une nouvelle obligation aux hôpitaux, à savoir publier annuellement leurs indicateurs qualité. Ces obligations se sont doublées d'un renforcement des contrôles de l'Etat par l'intermédiaire de corps d'inspection aujourd'hui rattachés aux ARS (médecins inspecteurs de la santé, pharmaciens inspecteurs de la santé, ingénieurs du génie sanitaire...).

Cet arsenal juridique a, nul ne le conteste, conduit à des progrès certains en matière de qualité et de sécurité des soins. C'est notamment le cas, de la prévention des risques liés à l'état nutritionnel avec la systématisation de la mesure de l'IMC dans le dossier de chaque patient. Toutefois, ce renforcement des exigences, qualifié par certains d'« inflation de procédures » (Herrerros, 2007), dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, serait perçu comme contre-productif au développement d'une culture qualité²⁹. Il y aurait même un doute sur son efficacité, car il entraînerait une dénaturation des professions au travers des « opérations de

²⁹ Lire à ce sujet l'article de Paul Benkimoun (Le Monde 30 décembre 2008), sur « La qualité de l'hôpital public mise en accusation » à la suite du décès de deux personnes dans des hôpitaux parisiens, un enfant de trois ans après une erreur médicale et un homme victime d'un malaise cardiaque. A la suite de l'engagement d'une enquête administrative de l'IGAS, une vive polémique a opposé la communauté hospitalière au Ministère de la santé. Edouard Couty, ancien directeur des hôpitaux, tirait les conclusions suivantes : « le système fonctionne avec des ordres contradictoires : l'hôpital doit fournir plus de qualité, plus de sécurité, être plus rationnel, tout en réalisant plus d'économies ».

standardisation des procédés » qui limiteraient les marges de manœuvre chez les personnels soignants. Standardisation « qui chasse les temps morts et remodèle constamment les emplois [...] et crée beaucoup d'insécurité et de frustration » (Vinet, 2004, p. 85).

Ces nouvelles exigences au niveau de l'exercice professionnel constitueraient, par conséquent, un révélateur voire un amplificateur des tensions latentes liées à l'intensification du travail à l'hôpital. De plus, ces outils, qui reposent sur des manuels et autres référentiels, laisseraient à penser que la réalité du travail peut être appréhendée dans toutes ses composantes en donnant « l'illusion de maîtrise sur le monde » (De Gaulejac, 2005, p. 72). Ce qui est en cause ici, c'est la recherche de la qualité absolue. Elle ne consiste pas seulement en « la mobilisation des corps » comme dans l'organisation scientifique du travail, mais impose une mobilisation totale de l'individu, non seulement son énergie physique et affective, mais aussi son énergie psychique qu'il faut capter (Aubert et De Gaulejac, 2007, p. 84).

Toutefois, dans cette quête d'absolu, un constat s'impose : travail prescrit et travail réel coïncident rarement sur le terrain ce qui aurait tendance à affaiblir les « programmes institutionnels », c'est-à-dire l'ensemble des valeurs, des principes, des dogmes, des croyances qui structurent l'activité des professionnels de la santé. Ces derniers, « qui se vivent comme des hommes et des femmes de vocation n'ayant, de ce point de vue, de compte à rendre qu'à eux-mêmes, à leur conscience ou à leur pairs, sont tenus de s'expliquer sur leurs objectifs, leurs méthodes, leurs résultats, ce qui contribue à accroître le paradoxe selon lequel ils se sentent de moins en moins légitimes et de moins en moins reconnus » (Dubet, 2002, p. 404).

Le travail des professionnels hospitaliers ne s'exercerait plus que dans les marges et entre les lignes des procédures définies par des manuels d'accréditation ou de certification. Ce tableau plutôt sombre, doit être relativisé car le taylorisme s'accommoderait mal à l'activité hospitalière tout au moins pour les activités médicales, qui laisseraient une part à l'initiative des individus qui « négocient concrètement leur forme de participation » (De Coster et Pichault, 1998, p. 280). C'est ce que démontre Régine Bercot (2009, p. 58), dans sa présentation du

fonctionnement de certaines activités sensibles comme celles des blocs opératoires où la rationalisation des activités se heurterait à de « nombreuses difficultés » : organisation du travail changeante, coordination des acteurs... mais aussi résistance au changement (Fraisie et *al.*, 2003, pp. 155-166), car la démarche transversale de la qualité perturberait les équilibres existants entre les acteurs de l'organisation hospitalière. Certains individus décideraient d'adopter « une stratégie de passager clandestin » (Reynaud, 2001, pp. 1-7), consistant à faire « comme si », en interprétant ou en bricolant les règles prescrites. L'ouvrage « La qualité à l'hôpital : un regard sociologique » (Herreros, Milly, 2011), présente plusieurs exemples des effets paradoxaux des démarches qualité. On citera les cas des « comportements de bachotage » ou « d'affichage », qui consisteraient à réviser les protocoles, à repeindre les murs, enlever les cartons des couloirs... quelques jours avant le passage des experts visiteurs.

Quoi qu'il en soit, la normalisation des pratiques transforme les rapports sociaux dans les établissements de santé. En atteste le vocable qualité qui a progressivement pénétré le langage des professionnels et la généralisation d'un même mode de pensée, avec une présentation identique des procédures d'un service à un autre. Elle contribuerait au renouvellement de la question du fonctionnement collectif de l'hôpital, en mettant l'accent sur la coopération comme forme efficace d'agencement des compétences d'un ensemble de professionnels interdépendants en y associant également les patients. La normalisation, constituerait une version « forte » de la coopération au sens de Philippe Zarafian (1999, p.11-25). C'est à dire, un « espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque » qui s'appuierait sur des accords portant à la fois sur la nature des problèmes à traiter, des savoirs à développer, sur la définition des objectifs à atteindre et sur la volonté affichée des individus à agir ensemble. L'objectif serait « d'obtenir la conception de l'organisation nouvelle à partir d'une coopération cognitive des acteurs » (De Terssac, 2002, pp. 200-220). La démarche contribuerait à articuler la diversité des intérêts en les rendant compatibles. C'est une « institution familiale » qui se créerait avec des alliances et des amitiés que traduisent les métaphores sportives (« esprit d'équipe ») ou juridiques (« être conforme ou non aux normes », « remettre les agents dans le droit chemin ») (Mispelblom Beyer, 1999,

pp. 235-254). Ces dispositifs apparaissent comme des moyens de souder ou de ressouder des collectifs morcelés, dans la mesure où certains dysfonctionnements peuvent être traités, des rivalités entre services réglés et des malentendus aplanis.

La construction de ces normes ne va pas de soi. Elle nécessiterait un important travail de négociation entre les groupes professionnels où chacun devra faire des concessions, des compromis de façon à rendre légitime le résultat de la négociation (De Terssac, 2003, pp. 1-31). Les normes laisseraient donc une place à des réaménagements locaux pour prendre véritablement un sens dans le contexte où elles doivent s'appliquer, quitte à s'éloigner des normes institutionnelles. Ces normes seraient des instruments de régulation conjointe. De façon plus diffuse, elles assureraient une redistribution des rôles à l'intérieur de l'organisation, car ceux qui prennent part aux processus de leur mise en forme, se verraient attribuer une part d'autorité, au double sens du terme : « copyright (chacun est l'auteur de ses propres règles) et leadership (chaque règle est une part des actions, ne serait-ce que les siennes) » (Cochoy et *al.*, 1998). La fonction de codage de l'obésité entre les médecins, les diététiciennes, voire les infirmières, en est un exemple. En associant l'ensemble de ces professionnels à cette tâche spécifique, les médecins partageraient une partie de leurs prérogatives. On observerait un renversement de tendance, puisque le véritable pouvoir ne serait plus détenu par un individu, mais par un collectif qui édicte des normes organisationnelles.

Enfin, en donnant la primauté à l'écrit, le travail de normalisation concrétiserait le passage de l'oral à l'écrit, dans un monde où la tradition séculaire place l'expression orale au centre de la relation au patient. Franck Cochoy et *al.* (1998) a décrit l'organisation de ce glissement vers l'écrit qui construirait des digues, qui canaliserait le sens avec la médiation du responsable qualité qui « tient la plume, joue le rôle d'écrivain public, traduit les paroles qui lui sont confiées dans la langue de la norme ». La « montée de l'écrit » s'accompagnerait parallèlement de la « remontée du verbal », avec le recours au management participatif qui repose sur un nombre important de réunions de travail. Ce sont des espaces de dialogue où chacun tente de s'approprier le langage de l'autre pour opérer une traduction des discours en un modèle idéal de pratiques professionnelles. L'adhésion à ces normes participerait, en

définitive, à la régulation des comportements des différents groupes sociaux à l'hôpital (Durand et Pichon, 2003).

Conclusion première partie

Le traitement de la question de l'obésité à l'hôpital repose sur la conjonction de plusieurs disciplines traditionnellement étudiées par la sociologie et qui entretiennent un dialogue permanent dans ce cadre. La thématique, permet notamment, une lecture historique des mutations de la médecine, de la maladie et de la santé. Dans chacun de ces axes, les analyses, conduites depuis plus de cinquante ans, rendent compte de l'évolution des connaissances médicales et de l'importance de la prise en compte du facteur social dans les démarches de soins.

A l'appui d'une abondante littérature anglo-saxonne et française, les sciences sociales ouvrent la voie à la compréhension de la complexité des relations entre la conception biomédicale dominante de la médecine moderne, qui a longtemps « oublié » la dimension sociale des individus pour ne retenir que les corps (Le Breton, 2005), et l'identification des facteurs sociaux responsables en grande partie du développement de l'obésité. Le corps, objet de soins, véhicule un discours médical qui a contribué à sa modélisation. Il est aussi un objet qui reflète l'identité sociale des individus (Détrez, 2002), tantôt exhibé, tantôt caché selon les périodes de l'historique et les sociétés.

Dans ces recherches, l'obésité ne serait pas simplement une réalité clinique qui lui aurait permis d'accéder au rang de « pathologie ». C'est une question bien plus complexe, où se mêleraient des facteurs physiologiques, psychologiques, socioculturels, économiques, environnementaux. Certains sont clairement mis en lumière, comme la liaison inverse entre le statut socio-économique et l'obésité. Alors que, pendant de nombreuses années, il a été soutenu qu'elle était une maladie de « l'élite socio-économique » (Monteiro, Moura et *al.*, 2004), l'obésité se diffuserait, au contraire, de façon bien plus rapide dans les populations défavorisées. Seraient incriminés dans la prise de poids, les déséquilibres alimentaires avec en filigrane, la problématique de la médiatisation des enjeux d'une alimentation équilibrée et bien structurée. Cette médiatisation aurait ouvert la porte à une cacophonie de messages nutritionnels contradictoires (Fischler, 1990). Cacophonie, qui serait à la source

d'une anxiété pour le mangeur moderne préoccupé, d'un côté, par la sélection de produits capables de répondre tout à la fois à des exigences nutritionnelles et gustatives et de l'autre, par l'imposition d'un modèle alimentaire industriel entaché de scandales. D'autres facteurs, en revanche, seraient moins visibles, comme l'influence des états psychologiques notamment, le stress ou la stigmatisation sur la prise de poids. La stigmatisation aurait des effets délétères sur la santé psychique des individus obèses. Dans un contexte où le sujet est soumis en permanence à la suprématie de l'apparence (Aubert et Haroche, 2011), l'identité des individus serait profondément affectée avec une dévalorisation de l'image de soi pouvant déboucher, plus particulièrement chez les plus jeunes, à une désocialisation contribuant alors à aggraver le problème de l'obésité.

Lorsque l'obésité quitte les rives de la médecine et fait son entrée dans l'espace public, soutenue par une forte médiatisation, elle devient rapidement un objet politique. L'obésité, par-delà l'expérience intérieure, individuelle, est un phénomène collectif, un marqueur des transformations profondes de la société, de ses modes de vie (diminution de l'activité physique, changement des rythmes alimentaires, abondance de l'offre alimentaire, essor de la publicité, des supports d'information...) aux conséquences redoutables. Pour répondre à la crise annoncée, les autorités publiques sont contraintes d'agir à un double niveau : tout d'abord, sur les comportements des individus par des campagnes d'information en santé publique, visant à faire intérioriser des normes de bonnes conduites alimentaires (Fassin, Memmi, 2004) ; en engageant, ensuite, une action collective qui passe par la dynamique des politiques publiques au niveau des territoires de santé, en reconsidérant les dispositifs de gestion publique actuels, pour prendre mieux en compte un nombre croissant de nouveaux opérateurs : collectivités territoriales, acteurs du monde économique (industrie agro-alimentaire, industrie pharmaceutique), associations, scientifiques... Ces opérateurs contribuent aussi à visibiliser la question de l'obésité et participent à institutionnaliser une politique de prévention et de lutte contre le fléau. Dans cette arène, figure l'hôpital. Il joue sur son territoire, à côté de ces acteurs, un rôle social important car il soulage et traite un nombre significatif de sujets atteints d'obésité sévère. Ce faisant, la particularité de la maladie implique une prise en charge transversale qui ouvre de nouvelles

perspectives sociologiques, avec l'étude de la place de cette institution dans des formes inédites de coopération, sans oublier l'impact de l'obésité sur les ressources hospitalières et sur la normalisation des pratiques médicales.

Deuxième partie : l'entrée de l'obésité dans l'espace public

Cette deuxième partie introduit la problématique de notre recherche accompagnée des aspects méthodologiques qui ont été arrêtés pour fournir les données nécessaires à la vérification des hypothèses. Notre réflexion se construit autour d'un paradoxe. L'obésité est une question qui traverse l'espace public en bénéficiant d'une visibilité croissante grâce à la dynamique des médias et des autorités publiques. Mais, lorsque l'on bascule dans l'espace hospitalier, la thématique semble apparemment éloignée des préoccupations des professionnels hospitaliers et resterait partiellement invisible.

La démonstration s'organisera en deux étapes. La première sera consacrée à l'énoncé des axes de notre recherche (Chapitre V) et à l'étude approfondie du processus de visibilité de l'obésité par les autorités publiques. Ces dernières se sont emparées de cette problématique afin de répondre à l'annonce d'une crise sanitaire. La prévention et la lutte contre l'obésité les ont conduits à développer une méthode générale d'action avec un nouvel instrument : le Plan Obésité. C'est un instrument majeur, car il est sensé structurer l'action des autorités sanitaires et produire des résultats (Chapitre VI). Dans cet espace de visibilité, nous verrons que l'Etat n'est pas le seul contributeur. Sur les territoires de santé, il existe des organisations réticulaires qui participent aux actions de prévention et de lutte. Loin d'être asservies aux autorités sanitaires, elles entretiennent cependant, avec celles-ci, un dialogue soutenu sur le terrain. Elles fédèrent un nombre important d'acteurs publics et privés qui prennent part à la mise en lumière de la thématique et à de nouvelles formes de travail, à de nouvelles façons d'aborder les questions de santé publique. EPODE et le RePPOP de Toulouse seront deux exemples de réseaux que nous soumettrons à notre analyse (Chapitre VII). S'ouvrira alors, la deuxième étape de la démonstration avec le basculement dans le champ hospitalier où nous nous

intéresserons alors, aux facteurs d'invisibilité de l'obésité. Ce sera l'objet de la troisième partie de la thèse.

Chapitre V : Problématique et méthodologie de recherche

L'obésité à l'hôpital serait passée presque sous silence. Elle semblerait même invisible aux yeux de ceux qui la côtoient au quotidien. L'étude sur sa prise en charge en milieu hospitalier, a fait, à ce jour, l'objet de peu de travaux en sociologie. Il convient, toutefois, de signaler la thèse de Delphine Keppens (2011) centrée plutôt sur l'interface hôpital-famille, ou encore les travaux de Cogan (1999) aux Etats-Unis dans une perspective socio-économique. Nous avons bien à notre disposition le rapport du professeur Arnaud Basdevant sur l'obésité à l'hôpital de 2009. Mais, sa portée du point de vue de l'analyse sociologique, reste limitée, puisque, son objectif est, avant tout, de dresser un diagnostic sur les conditions d'accueil des malades atteints d'obésité morbide et de formuler des propositions d'amélioration de la prise en charge.

Le traitement de cette thématique a exigé, au préalable, l'acquisition d'un bagage solide à partir d'une revue de littérature qui nous a permis de faire le point sur l'état de la question. Nous avons pu aussi nous reposer sur une bonne connaissance du monde hospitalier. Depuis dix-huit ans, la fonction de direction constitue, en effet, un observatoire privilégié pour étudier l'articulation des politiques publiques de santé et leur application à l'hôpital ce qui constitue, en soi, un « bon point de départ ». Mais, notre position présentait aussi le risque de nous enfermer dans la situation de « l'acteur-directeur ». Pour adopter la posture du chercheur et nous assurer une prise de distance avec notre objet de recherche, il nous a donc fallu entreprendre un travail complémentaire, à partir d'un mouvement de va-et-vient, entre le terrain et le travail universitaire de recherche. Notre problématique s'est alors progressivement dessinée.

L'axe de réflexion qui nous a servi de guide est, en quelque sorte, une énigme à résoudre. Il repose sur un constat qui fait figure de paradoxe, entre, d'un côté, l'existence d'un discours alarmiste qui nourrit les inquiétudes sur la progression de

l'obésité, alimentée par sa forte médiatisation et, de l'autre, le discours des professionnels de santé qui semble contredire la gravité de la situation communément admise. Pour comprendre ce paradoxe, et faire passer la maladie du statut négatif « d'invisibilité » au statut positif « de visibilité » (Honneth, 2005, p. 43), il fallait engager une série d'actions qui sous-tendait une recherche exploratoire sur le terrain avec la mobilisation de plusieurs dispositifs qui vont des instruments de gestion publique à la construction de filières de soins. Nous avons concentré nos travaux sur ces aspects particuliers du travail hospitalier.

1. L'obésité, une question médiatique surexposée et partiellement invisible dans l'appareil hospitalier

L'engagement du Président de la République en mai 2010 dans la lutte contre l'obésité est un événement. Il traduit la mise sur l'agenda politique au plus haut niveau de l'Etat, de la question de l'obésité et enclenche le processus d'institutionnalisation de la lutte contre l'obésité, à travers l'introduction d'un Plan Obésité (PO). L'institutionnalisation renvoie, ici, à la diffusion d'un ensemble de normes sociales ou de règles qui touchent à la fois, à l'éducation nutritionnelle, la pratique d'une activité physique par les individus ou à l'organisation des soins pour les professionnels de santé. Mais, pour reprendre Jean-Claude Dupuis et *al.* (2009, p. 85), il ne faut pas entendre cette institutionnalisation comme une « imposition stricte de règles » ou de comportements, dans la mesure où elle laisse aux individus une marge d'appréciation pour leur application.

Le PO contient trente-six mesures qui, par-delà le domaine de la prévention, touchent à l'organisation des établissements de santé qui sont priés de s'organiser pour anticiper les désordres annoncés avec la progression de la maladie. Or, le premier constat que l'on fait, lorsque la mise en œuvre d'un plan d'actions est évoquée avec les professionnels de santé, c'est qu'autant l'obésité bénéficie d'une large couverture nationale et régionale par les médias, autant le PO ne semble pas toujours être bien connu des professionnels du monde hospitalier. De surcroît, les messages que ces derniers transmettent, renvoient à une réalité qui peine à

rejoindre la gravité du message institutionnel. Dans les établissements de proximité qui assurent une prise en charge médicale courante, ceux qui, au quotidien, rencontrent la maladie, font part d'une préoccupation qui porterait davantage sur des questions de dénutrition que sur celles relatives au surpoids ou à l'obésité. Le constat s'infléchit partiellement dans les établissements qui mènent des activités médicales spécialisées, grâce à des médecins qui se dévouent à la lutte, assurent la promotion de l'IMC dans les services et qui jouent en quelque sorte les porte-parole de la maladie dans les instances hospitalières.

Du point de vue du chercheur, cette situation est paradoxale : autant la thématique de l'obésité est un moteur puissant de mobilisation des autorités politiques, des médias, autant la représentation que s'en font les professionnels de santé est floue, presque illisible ou, en tout cas, difficilement articulée avec la question de la dénutrition. Cela conduit à s'interroger sur les énoncés scientifiques concernant cette pathologie et la mise en débat de la reconnaissance de l'obésité comme une maladie. Ne faut-il pas voir, dans son invisibilité partielle dans les structures hospitalières, une illustration de la difficulté à cerner cette maladie ? Ne traduit-elle pas les doutes d'un savoir médical qui face à la nouveauté de la situation, face à la complexité d'une maladie où le médical s'enlace avec le social, considère qu'il y a « *a priori*, absence de maladie, absence de thérapeutique et finalement absence de malade... » (Mougenot, 1998, p. 102).

En laissant la maladie dans l'invisibilité, on peut s'interroger s'il ne s'agit pas d'un mécanisme de défense, un moyen de préserver le modèle hospitalier actuel des soins curatifs où le patient est écarté du monde social. Cette manière de penser la santé serait en effet remise en cause par l'obésité, dont la prise en charge conduit à un nouveau paradigme de soins où les frontières entre le sanitaire et le social seraient abolies. Ce paradigme s'édifie sur une approche holistique de la santé qui tend à constituer un espace qui déborde le cadre médical du patient, pour le replacer dans son environnement. Ce raisonnement laisse entendre que la maladie semblerait bien là, mais qu'elle ne se révélerait pas.

La problématique consiste à comprendre pourquoi, alors qu'il y a une survisibilité de l'obésité à l'échelle politique, il y a une quasi invisibilité de la maladie à l'hôpital. Nous allons, par conséquent, étudier les déterminants de cette invisibilité. Pour ce faire, notre réflexion se déploiera autour de trois perspectives différentes et complémentaires. La première portera sur la politique publique de prévention et de prise en charge de l'obésité entre le niveau macro (ministères) et le niveau micro, sur les territoires de santé. Nous nous intéresserons à la manière dont elle se diffuse auprès des acteurs locaux. Nous porterons un regard appuyé sur deux réseaux, l'un qui se développe au sein d'un établissement de santé, le « RePPOP », et l'autre, « EPODE », qui en est totalement éloigné. Nous mobiliserons les cadres théoriques de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2004) sur les instruments de l'action publique, ainsi que ceux de Michel Grossetti (2004, 2011) sur la dynamique des formes sociales.

La seconde perspective sera consacrée à la prise en charge de l'obésité dans l'institution hospitalière. Nous ferons l'hypothèse qu'une partie de l'invisibilité de l'obésité est liée à la politique nutritionnelle conduite dans les établissements de la santé depuis la fin des années 1990. En effet, depuis 1997 et le rapport du Professeur Bernard Guy-Grand sur « l'alimentation en milieu hospitalier », qui démontrait que près de la moitié des patients hospitalisés étaient dénutris, le Ministère de la santé a fait de cette thématique une priorité, en orientant l'action des établissements de santé. Nous utiliserons pour ce volet, les contributions de Jean-Pierre Poulain (1999, 2002, 2008) sur les fonctions de l'alimentation dans les établissements de santé.

Le troisième temps de notre démarche, abordera le processus de visibilisation de l'obésité à l'hôpital. Nous formulerons l'hypothèse que l'invisibilité partielle de l'obésité à l'hôpital résulte des modalités de sa prise en compte par les instruments de l'activité hospitalière. Nous nous pencherons sur la façon dont ces instruments contribuent à éclairer l'existence de la maladie dans les structures. Nous ferons appel au PMSI puis, nous étudierons un dispositif porté par le PO, la création d'un centre spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée au sein d'un CHU, celui de Toulouse. Nous aurons

recours à la fois à des approches quantitatives et qualitatives pour cette dernière étape de notre recherche.

2. Le terrain et la méthodologie de recherche

Il faut « sortir du discours pour se confronter avec le monde », tel est en substance le message délivré par Philippe Davezies (1993, pp. 33-46) aux concepteurs du travail et au primat absolu de leurs discours, face aux logiques d'action des acteurs du terrain. C'est fort de ce précepte que nous nous sommes engagés dans cette voie. Notre méthodologie de recherche procède d'une démarche de terrain avec, comme lieu d'investigation, des établissements de santé où nous avons exercé nos activités professionnelles où dans lesquels nous avons conduit des entretiens.

Le premier hôpital est le CHU de Nancy. Durant trois années, nous avons assuré dans le cadre des fonctions de directeur adjoint, la conduite de la politique d'investissement. Cette période, qui correspond au début de nos travaux de recherche, a été essentielle à la compréhension des enjeux de l'obésité car, elle nous a poussés à nous intéresser à la question des équipements d'un service de diabétologie, des maladies métaboliques et de nutrition. Elle a surtout été fructueuse au contact d'une sommité médicale, le Professeur Olivier Ziegler et son équipe, totalement investis dans ce champ avec de nombreuses publications ou contributions : PNNS, plan d'action sur l'obésité dans les établissements de soins... Nous avons découvert le quotidien d'un service de diabétologie, où les équipes assurent l'accueil, la prise en charge globale et le suivi médical de ces personnes souvent présentées comme « poly-pathologiques » (Scheen, 2006, pp. 302-310). Outre le suivi du diabète de type 2 (qui se caractérise par un taux trop élevé de glucose dans le sang), ces patients bénéficient de mesures hygiéno-diététiques souvent couplées à des traitements pharmacologiques lourds leur assurant une protection cardiovasculaire et, dans certains cas, à des interventions chirurgicales. Ces patients côtoient régulièrement le monde hospitalier en suivant un parcours qui les amène à fréquenter des consultations spécialisées et/ou différents services, lors

de leur hospitalisation, ce qui suppose une coordination des aspects médicaux mais aussi sociaux et psychologiques. Les soignants rappellent fréquemment que la prise en charge de l'obèse ne relève pas essentiellement d'une démarche médicale, mais s'inscrit dans un contexte plus global qui prend en compte la dimension psychique du patient, car, l'obésité, c'est aussi « une souffrance humaine » (Borys, 2007, p. 9).

Le second est un centre hospitalier de proximité à Castelnaudary dans le département de l'Aude, où, depuis 2009, nous occupons le poste de chef d'établissement. Il a servi de point d'ancrage à l'étude quantitative portant sur l'évaluation médico-économique des coûts de l'obésité dans le chapitre IX de la troisième partie de cette recherche. Sur le plan méthodologique, nous avons eu recours à un outil de production de l'information hospitalière en routine, le PMSI. Il représente, pour nos travaux, une base de données exhaustive qui répertorie et valorise les séjours hospitaliers. Cette analyse a été conduite avec le concours du médecin DIM du Centre Hospitalier. Nous avons tiré un avantage de ce travail réalisé en commun. Il nous a permis de saisir rapidement les tensions et de mesurer les écarts, entre, les discours sur la prise en charge des sujets obèses ou en surpoids et la réalité du terrain. Comme le remarque Marie Bonnet (2011, p. 53) : « connaître l'hôpital de la cave au grenier, connaître les us et coutumes des professionnels, connaître le rythme hospitalier », est un moyen d'aller au principal.

Cette approche présente, toutefois, un double inconvénient. Elle est réductrice car elle ne permet pas de tirer des conclusions de portée générale sur un objet de recherche aussi complexe, de surcroît, dans un établissement de petite taille et aux spécialités limitées. L'approche n'est pas neutre non plus, dans la mesure où elle est une source de biais. En effet, de par notre positionnement hiérarchique, les acteurs du terrain sont conduits naturellement à se mettre en scène et la relation qui s'établit, peut souffrir d'un manque de prise de distance. C'est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de mobiliser des méthodes qualitatives de recueil des données dont l'objet est de dépasser la rationalité des discours, pour mieux cerner les croyances ou les attitudes des professionnels (Bouzon et Meyer, 2006). Dans notre position de chercheur, il fallait limiter ces biais et franchir les frontières de notre cadre professionnel.

Il convenait, par conséquent, de s'ouvrir à d'autres établissements, où nous pourrions adopter plus facilement, une position du « passager clandestin » évitant de la sorte, toute implication personnelle dans l'action. Nous avons donc choisi quatre autres structures qui présentent la particularité de correspondre à un échantillon des différents niveaux de recours à l'hospitalisation ou d'hébergement, pour le médico-social. Ces établissements couvrent le large spectre des activités sanitaires et médico-sociales. Trois régions sanitaires sont représentées au final. Pour la Région Midi-Pyrénées, nous avons retenu trois hôpitaux publics : le CHU de Toulouse, établissement pionnier dans la prévention et la prise en charge de l'obésité au niveau national et établissement de référence sur le territoire régional de santé pour cette pathologie. Il bénéficie d'un nouvel espace de visibilité de l'obésité avec la création d'un centre spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée ; le Centre Hospitalier de Montauban, hôpital pivot dans le département du Tarn et Garonne (82) et le Centre Hospitalier de Gourdon, hôpital de proximité dans le Lot (46). Pour la Région Aquitaine, le Centre Hospitalier de La Meynardie en Dordogne (24), avec sa forte composante psychiatrique et la Région Languedoc Roussillon, avec le Centre Hospitalier de Castelnaudary.

Dans ces quatre établissements, nous avons dépassé l'observation participante et réalisé des entretiens, afin de « donner de la chair » à notre recherche. Il s'agissait de se mettre à l'écoute des acteurs, pour faire apparaître des dimensions inédites du travail, pour « découvrir et comprendre la structuration particulière de l'espace d'action de l'organisation en termes d'acteurs, d'enjeux, d'intérêts, de jeux et de règles du jeu qui donne sens et cohérence au vécu professionnel » (Vrancken et Kutry, 2001, p. 118). Pour autant, s'arrêter au monde hospitalier, à sa logique de prise en charge, c'est s'enfermer dans un huis clos et occulter le lien de l'environnement avec cet espace de transition. L'obésité est un thème de recherche qui invite à sortir des unités de soins.

Dans cette idée, nous avons élargi notre recherche à des acteurs institutionnels dont les missions sont étroitement liées aux orientations nationales des politiques publiques de santé. Il s'agit de chargés de mission au niveau des ARS qui, sur leur territoire de santé, vont rencontrer les collectivités locales et les professionnels de

santé, afin de les sensibiliser sur les questions de l'obésité et préciser les actions concrètes à mettre en œuvre. Nous avons également sollicité des porteurs de projet dont l'influence dans la promotion et l'institutionnalisation de la politique de prévention de l'obésité a été déterminante (Jacob, 2004). Ils ont conduit des expérimentations dont les résultats sont des plus probants, avec la mise en place de réseaux que l'on qualifiera de « figures de proue » de la prévention de la maladie des enfants : « Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants » (EPODE) et les « Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique » (RePPPOP). Le dispositif partenarial qui fait appel à des acteurs privés, dans le premier cas principalement, est toutefois controversé. Il remet en cause le leadership de l'autorité publique dans la gestion d'un domaine relevant de l'intérêt général. Dans cet écheveau complexe de relations, la compréhension des motivations de l'engagement des opérateurs privés dans ce domaine sensible, s'est imposée comme une évidence. Ceci nous a conduits à solliciter les acteurs du monde économique, en particulier ceux de l'industrie agroalimentaire associés au programme EPODE.

Pour conduire cette phase de type qualitatif, nous avons opté pour la technique des entretiens en mini-groupes (« *mini-group* ») semi-structurés et des entretiens individuels. Dans les deux cas, les interviews ont été conduites à l'aide d'un guide d'entretien dont la vocation première était de recueillir à partir d'un travail d'écoute, un maximum d'informations sur la réalité de la maladie dans les établissements hospitaliers, ses représentations, et les pratiques professionnelles. C'est une étape complémentaire à l'observation participante dans la mesure où ces entretiens ont, non seulement, enrichi la collecte des matériaux réalisée au plus près du terrain, mais également donné un sens à certaines logiques d'action des professionnels de santé.

2.1. Le guide d'entretien

Le contenu et la structure du guide ont évolué au cours de notre recherche et se sont adaptés à la transformation du contexte institutionnel et politique. En effet, élaborés à l'issue du travail exploratoire réalisé au CHU de Nancy, les items, à l'origine, portaient principalement sur les outils institutionnels de pilotage de la politique nutritionnelle (CLAN, CME...) et l'organisation de la prise en charge dans les unités de soins. A partir de 2009, la question de l'obésité au niveau national, a pris une nouvelle tournure avec un mouvement d'accélération, qui s'est traduit dans les faits, par l'introduction, d'une part, d'un « Plan d'action : obésité-Etablissement de soins », en avril 2009 et, d'autre part, d'un PO, en juillet 2010. Ceci nous a contraints à revoir et à compléter notre guide, pour couvrir ces deux thématiques complémentaires émergentes et à affiner nos hypothèses de recherche. Les questions ouvertes ont été formulées de telle sorte qu'elles autorisaient les commentaires les plus larges, tout en veillant à ce que les quatre thématiques de notre grille de lecture, soient cernées, qu'il s'agisse des dimensions médicales, sociales, politiques et économiques de la maladie.

Une fois le guide mis en forme, s'est posée la question de la population cible des entretiens. Nous n'avons retenu qu'un seul critère. Les recherches se sont en effet, volontairement concentrées sur les acteurs dotés de ressources qui les mettent en position d'autorité pour porter le débat sur l'obésité dans l'espace public ou qui, par leur position centrale dans l'organisation hospitalière, sont capables de vaincre les résistances et faire évoluer les dispositifs de prise en charge. Ce sont principalement des gestionnaires d'établissement, détenteurs de l'autorité légitime légale ou des directeurs adjoints pour le versant administratif, mais aussi des chefs de pôles, des professeurs d'université, des présidents de CLAN, pour l'expertise médicale. Pour le CHU de Toulouse, l'identification de ces personnes doit beaucoup à notre directeur de recherche et à ses travaux avec le corps médical de l'établissement. Pour les autres participants, le réseau des directeurs d'hôpital a été mobilisé. Au total, une trentaine de personnes ont été rencontrées et interviewées sur des durées qui ont

oscillé entre une heure et demie en moyenne pour les entretiens individuels et deux heures et demie pour certains entretiens collectifs.

2.2. Les entretiens collectifs et individuels

Dès le départ, le choix s'est porté sur la technique du *focus group* pour deux raisons essentiellement. Elle favorise tout d'abord, la dynamique de groupe avec des professionnels qui confrontent leurs points de vue et relancent les débats sans l'intervention systématique du modérateur. Ensuite, elle représente une source d'économie de temps à la fois, pour des responsables aux agendas fortement contraints, ainsi que pour le chercheur. En effet, quand ce n'était pas un refus poli de participer qui nous a été opposé, c'était le manque de disponibilité pour de longs entretiens qui était évoqué. Pour le chercheur, la technique assure, en temps réel, une collecte rapide et approfondie de données obtenues par le dialogue simultané de plusieurs professionnels réunis en un même lieu. Pour ce qui nous concerne, cet argument a été décisif, compte tenu des délais impartis pour mener à bonne fin notre recherche.

Il faut toutefois préciser, que dans les typologies du *focus group* (Greenbaum, 1998, pp. 1-4), nous avons rejeté l'approche en grand groupe (« *fall group* ») et la conférence téléphonique (« *téléphone group* »). Ces deux formes sont inadaptées au contexte institutionnel qui rend particulièrement difficile la mobilisation concomitante de huit à dix personnes occupant des postes à responsabilité, y compris dans des structures de taille importante comme le CHU. Nous avons donc opté pour des groupes plus restreints, avec le recours à un outil plus souple, le mini-groupe. Quatre réunions ont été organisées sous cette forme, une dans chacun des quatre centres hospitaliers de notre échantillon. Sur la composition de ces mini-groupes, nous avons tenté de veiller au respect d'une homogénéité en sollicitant la présence systématique des fonctions administratives, médicales et dans la mesure du possible, d'un cadre de santé et d'une diététicienne. Si la participation des gestionnaires et des médecins a été assurée dans chacune des réunions, en revanche, des variantes nous ont été proposées avec, tantôt la présence de la

diététicienne, tantôt celle d'un cadre de santé. La réunion de ces quatre composantes simultanément n'a été possible dans aucun de ces établissements.

Sur le plan de la technique d'animation, il est à noter que certains participants avaient demandé la communication préalable du guide d'entretien. Les entretiens collectifs ont été conduits seul. Les débats ont été enregistrés. Notre rôle a davantage consisté à « orienter l'entretien plutôt que d'orienter le contenu des réponses » (Lebrument, 2012, p. 187). Nous avons dû nous adapter aux retards, voire à l'impossibilité de poursuivre les échanges avec certains participants, en raison des impératifs de service. Les entretiens individuels avec deux professeurs des universités-praticiens hospitaliers du CHU de Toulouse ont servi, en quelque sorte, de séance de rattrapage pour des points qui n'avaient pu être abordés ou insuffisamment traités lors de la phase des entretiens collectifs.

Au total, dix entretiens individuels exploratoires semi-directifs d'une heure et demie en moyenne, ont été menés en suivant une trame de questions prédéfinies comportant certains ajustements selon les interlocuteurs. L'objectif était de quitter le terrain hospitalier pour remonter, au niveau des institutions sanitaires et recueillir le point de vue des acteurs dont les missions sur le territoire de santé sont d'assurer la promotion du PO. Deux correspondants régionaux d'une ARS en charge du PNNS et du PO ont été interviewés. De toute évidence, notre position de chef d'établissement dans le rôle du chercheur a quelque peu brouillé notre message et a, semble-t-il, constitué une entrave à la liberté de parole. La demande de respect de l'anonymat lors de ces entretiens en est une traduction, de même que les hésitations et le renvoi au discours officiel, lorsque nous avons abordé les retards dans l'application du PO. En revanche, nous n'avons pas rencontré de telles difficultés au niveau des acteurs des collectivités locales auprès desquels nous souhaitions mesurer le niveau de prise de conscience des enjeux de l'obésité et évaluer les actions engagées. Deux entretiens ont été réalisés avec une élue d'une « ville active PNNS » et une coordinatrice nutrition/santé, chef de projet du programme EPODE, dans deux villes du Sud Est de la France. Dans la continuité de ces derniers, nous avons organisé trois entretiens téléphoniques, deux avec la directrice du marketing international du groupe Ferrero installée au Luxembourg, et le troisième, avec le directeur général de

l'agence « Protéines », tous deux associés au programme EPODE. Les échanges ont pu être enregistrés grâce au dictaphone placé sur le haut-parleur du téléphone. Bien adaptée pour contourner les difficultés liées à l'éloignement des personnes à interviewer, la démarche s'est avérée néanmoins contraignante car elle a rendu difficile les relances en l'absence des ajustements interindividuels qu'autorisent les entretiens en face à face. Les rencontres avec le responsable de l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC.) du CHU de Toulouse et la présidente du RePPOP de Toulouse ont bouclé le cycle des entretiens individuels.

2.3. L'exploitation des données

La combinaison méthodologique des entretiens collectifs et individuels a permis d'amasser une masse considérable d'informations, enrichissant constamment la réflexion, confirmant ou infirmant, selon les cas, les orientations et les hypothèses de la recherche. L'ensemble a fait l'objet d'une retranscription à partir des bandes enregistrées. Ce travail de mise en forme avec le passage à l'écrit, a été la phase la plus longue à effectuer en raison des échanges rapides, continus et parfois inaudibles, lorsque les interviewés se coupaient la parole lors des entretiens collectifs. Il a été réalisé, au fur et à mesure des entretiens en précisant la date et la durée des échanges. Pour deux heures d'entretien, le « coût de retranscription » a été en moyenne de cinq heures. Une deuxième étape a consisté à condenser les entretiens pour ne retenir que les informations essentielles à la recherche. C'est à partir de ce tri qu'a véritablement débuté l'analyse des données réalisée dans l'exigence d'une restitution fidèle des propos de nos interlocuteurs. Les principaux entretiens collectifs et individuels sont retranscrits en annexe n°6. Ils ont servi d'instruments de travail pour la deuxième et troisième partie de cette recherche. Ils sont assimilables à de véritables éléments de preuve du respect des sources officielles (Descamps, 2005).

A ces données recueillies, il faut ajouter l'analyse de sources documentaires notamment la littérature grise avec des actes de colloques, des rapports d'étude, des enquêtes souvent en anglais et, surtout la lecture croisée du PO, des trois versions

du PNNS et de six plans de santé publique. Ces éléments ont été complétés par la lecture exploratoire des lois de finances, des lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et des appels à projet en matière de recherche clinique, pour les années budgétaires 2011 et 2012, qui matérialisent les crédits ouverts pour le financement de la politique de santé publique. Ce travail minutieux a été mené dans le but d'établir les liens qui unissent l'ensemble de ces plans ou programmes et de comprendre les changements de conception à l'œuvre dans la conduite générale des politiques de santé publique, en ciblant en priorité la prévention de l'obésité. Sur la démarche méthodologique, nous avons eu recours à Internet et aux bases de données des trois universités de Toulouse : sciences humaines, sciences sociales et sciences et technologie. Ces données ont été mobilisées pour le cadre d'analyse du chapitre VI.

Chapitre VI : Comment l'« instrument » PO participe à la visibilité de l'obésité

Depuis une vingtaine d'années, les questions de santé publique font l'objet d'une « intense politisation » (Bergeron et Jouzel, 2011) qui s'est concrétisée dans les faits, par une réglementation sanitaire abondante et la création de quatorze organismes en charge de la sécurité sanitaire (Bas-Théron, Daniel et Durand, 2011). Ces cadres ont participé à l'institutionnalisation des politiques de prévention ou d'éducation pour ce qui touche à la santé, à l'alimentation, deux des quatre domaines concernés par la sécurité sanitaire. Cependant, ces politiques, dont l'objectif est d'organiser la lutte contre les risques sanitaires ont pu parallèlement se développer en dehors de ces formes contraignantes d'institutions.

Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2004) ont centré leurs travaux sur des formes particulières d'institutions non hiérarchiques, avec l'étude des instruments de l'action publique. Ils les assimilent à des institutions par leur capacité à organiser les rapports sociaux entre l'Etat et les individus, par leur capacité à produire sur le long terme des effets structurants grâce à des règles, des normes ou des procédures qu'ils édictent. Depuis le milieu des années 2000, l'institutionnalisation de l'action publique dans le domaine de la santé et de l'alimentation s'est incarnée dans une série d'outils désignés sous l'appellation de « plans de santé publique » ou de « programmes », comme les trois versions du PNNS.

La nouveauté, depuis juillet 2010, c'est la volonté apparente des autorités publiques d'autonomiser, de façon partielle, la politique de prévention et de lutte contre l'obésité de celle de la nutrition avec la formalisation d'un plan obésité annexé à la troisième version du PNNS. Les deux premiers PNNS, en effet, accordaient des développements à l'obésité, sans pour autant lui reconnaître un statut particulier dans le cadre des actions de lutte et de prévention des troubles nutritionnels. D'une durée de trois ans, le plan contient diverses propositions qui sont autant de conventions, de normes de bonnes pratiques, incitant les acteurs du système de

santé, les associations, mais également les médias et les acteurs de l'économie marchande à se mobiliser.

1. L'obésité dans la santé publique, entre dissimulation et mise en visibilité

L'affirmation d'une politique publique tournée vers la prévention et la lutte contre l'obésité a à peine deux ans. Pourtant, cette question est loin d'avoir été occultée dans la grande variété des plans et programmes de santé publique. Il faut se soumettre à un long travail d'investigation pour mettre à jour, dans les trente-cinq plans, programmes ou règlements sanitaires recensés dans la deuxième édition du « livre des plans de santé publique » (Houssin, 2009), la thématique de l'obésité.

1.1. De la difficulté à faire émerger l'obésité dans un ensemble de plans et de programmes

On aurait pu s'attendre naturellement à un traitement spécifique dans les deux premiers PNNS. Or, sur les six axes stratégiques de la version 1 du PNSS 1 (2001-2005), aucun ne fait référence explicitement à l'obésité et à sa prise en charge. La question apparaît au huitième rang dans une hiérarchie de neuf objectifs, autour du thème central des troubles nutritionnels. Les enfants sont la cible principale d'un objectif chiffré qui consiste à réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) des plus jeunes dans les cinq ans. La version 2 du PNNS (2006-2010), reprend dans l'intégralité et dans la même chronologie les objectifs du PNNS 1, mais sans pour autant retenir, dans la liste des quatre plans d'actions, une thématique sur l'obésité pourtant annoncée par le Ministre de la santé dans la préface du programme. Le lecteur attentif pourra s'étonner de la dissonance du message, ceci d'autant plus que le Professeur Serge Hercberg, chargé d'évaluer le premier PNNS, proposait une nouvelle stratégie pour le PNSS 2 en positionnant la lutte contre l'obésité de l'enfant et de l'adulte, en deuxième place du nouveau programme.

La nutrition avec la prévention et le dépistage des conduites à risque, reste le thème prédominant dans l'ordre des préoccupations de la deuxième version du PNNS. Sur un programme de plus de cinquante pages, l'obésité entre en scène à la moitié du rapport, dans une fiche relative au dépistage et à la prise en charge de l'obésité. Celle-ci est élargie, cette fois-ci, aux adolescents et aux adultes. Les mesures sont nombreuses avec, pour chacune d'elles, un calendrier de réalisation. Elles sont rédigées en des termes larges et le découpage proposé donne l'impression d'un véritable catalogue de mesures, sans précision sur la priorisation des actions. L'IGAS et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, dans le rapport d'évaluation de mai 2010 sur le PNNS 2 (Jourdain Menninger et *al.*, 2010), souligneront le caractère « perfectible » ou « confus » du dispositif, en ajoutant que le support « n'intègre aucun sommaire complet permettant une vision globale de l'ensemble du découpage du programme, pas plus qu'il ne fait figurer, en fin de document ou en annexe, aucun récapitulatif de l'ensemble des actions qu'il est prévu de mettre en œuvre ».

Le versant de la prévention médicale et celui du soin est, de loin, celui qui est mis le plus en avant. Les actions et mesures présentées s'adressent à la fois au milieu scolaire, aux PMI, avec le dépistage précoce de l'obésité chez les enfants, mais aussi au monde hospitalier avec la création, dans chaque CHU, d'un réseau de prise en charge de l'obésité infantile et adulte (REPCOB). Les programmes d'investissement des établissements de santé doivent prévoir des achats d'équipements adaptés pour les personnes souffrant d'obésité morbide, y compris pour les équipements lourds (imagerie médicale). Des pôles interrégionaux de référence spécialisés dans l'accueil de personnes obèses sont prévus et également équipés en matériels spécifiques. La formation des professionnels de santé doit évoluer dans le sens d'une meilleure prise en compte de la pathologie. Les programmes de formation initiale des personnels médicaux et paramédicaux devront intégrer des « notions pratiques » sur le dépistage et la prise en charge de la maladie. La formation professionnelle continue n'est pas en reste avec une priorité donnée à la formation médicale continue des médecins. La chirurgie bariatrique fait l'objet d'une dernière mesure, avec un référentiel des bonnes pratiques professionnelles à construire par la Haute Autorité de Santé.

Le versant social de l'obésité n'est pas, pour autant, renvoyé dans la sphère de l'invisible. A la différence du PNNS 1, on trouve deux fiches, l'une sur « les populations défavorisées » et l'autre, en toute fin de programme, sur « l'image du corps ». Pour la première fiche, l'éducation nutritionnelle, comme outil de prévention de l'obésité, est bien évoquée avec la promotion des « repères nutritionnels » et des activités physiques chez des groupes sociaux au budget contraint. Une deuxième mesure, aux contours plus flous, parle de rapprocher les populations défavorisées et souffrant d'obésité, « des centres d'examen de l'Assurance Maladie » pour une prise en charge médicale et une information sur la prévention.

On notera, dans la seconde fiche, l'intérêt porté par les rédacteurs du programme à la lutte contre la stigmatisation des obèses. On pourra, cependant, regretter que le traitement accordé à cette dimension du problème soit limité à une trentaine de lignes, sur l'intégralité des cinquante pages du programme. Des actions de sensibilisation du public sont envisagées par l'intermédiaire des médias et de la publicité. La dimension juridique de la question est aussi mise à l'étude avec la sollicitation de la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), à qui il est demandé de faire des recherches sur les cas de discrimination dont auraient été victimes des personnes souffrant de surpoids ou d'obésité.

1.2. Le travail d'articulation entre le PO et les plans nationaux de santé publique

Le PO répond à une démarche transversale et n'a pas pour but de reprendre, ni de se substituer à l'ensemble des mesures des autres plans. En revanche, on est en droit de s'attendre, comme annoncé dans l'introduction du PO, à un référencement des actions engagées par ces mêmes plans. Il s'agit de s'assurer, avant tout, de la coordination des dispositifs et donc de la pleine efficacité de la lutte contre la maladie et des moyens qui lui sont alloués. On se heurte immédiatement à une question de sémantique, liée à une hétérogénéité d'appellations avec des « plans », des « plans nationaux », des « plans stratégiques », des « programmes » qui, en fait, ne révèlent pas véritablement de différences dans l'approche des thématiques (Houssin, 2009).

S'ajoute une difficulté plus importante dans le travail d'analyse portant sur l'étude croisée de ces plans, celle relative à l'hétérogénéité des méthodologies de construction de ces outils en termes, d'objectifs à atteindre et de suivi des mesures. Les mesures préventives de l'axe 2 du PO renvoient, pour plus de détails, directement les lecteurs aux « documents princeps du PNA, du PNNS et du PES ».

Le Programme National pour l'Alimentation (PNA) permet effectivement de retrouver une mention explicite au PO dans sa présentation. Mais, dans son contenu, aucun des quatre axes et des deux volets transversaux ne fait allusion directement à la lutte contre l'obésité. Les mesures de l'axe 2 du PO se retrouvent dans un ensemble de domaines où l'on a bien du mal à voir émerger le sujet de l'obésité, pris entre les questions de l'accès à l'alimentation pour les plus démunis, la dénutrition chez les personnes âgées, voire la réinsertion professionnelle par les formations aux métiers de bouche. Pourtant, des liens sont possibles entre l'axe 2 du PO et l'axe 1 du PNA intitulé « faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité ». Les sous-objectifs relatifs à l'équilibre nutritionnel dans les cantines scolaires, dans les établissements universitaires ou les établissements de santé, avec des actions portant sur la composition des menus, la qualité nutritionnelle des repas, les horaires de fréquentation des restaurants, la formation des personnels de restauration, sont des mesures qui vont dans le sens de la prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adulte.

Un effort de clarification reste donc à accomplir pour la bonne compréhension de la hiérarchisation des priorités et pour répondre à certaines questions toujours en suspens. Alors que le rapport d'évaluation du PNNS 2 avait déjà relevé des contradictions dans les messages entre le Ministère de l'agriculture et le PNNS sur l'opération phare, « un fruit pour la récré », celles-ci ne semblent toujours pas levées dans le deuxième objectif de l'axe 1 du PNA. Il avait été noté qu'un lien pouvait exister entre grignotage et surpoids, « même s'il s'agit d'un fruit », dans la mesure où le fruit s'ajoutait « de fait à la collation sans la remplacer ». Dans ces conditions, l'élargissement de l'opération à tous les établissements du secondaire (collèges et lycées), ne manque pas d'étonner.

Pour le Programme éducation santé (PES), la lutte contre l'obésité n'est pas non plus un élément apparent parmi les sept objectifs prioritaires, affichés sur le site du Ministère de l'Education Nationale pour les cinq années à venir (2011-2015). Des mesures de prévention, se cachent cependant, au cœur de la deuxième orientation du programme sur « l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques ». Le dispositif est limité à trois actions : rappel de l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les établissements scolaires et incitation à la consommation d'eau avec l'installation de fontaines d'eau ; développement des activités physiques ; recommandations sur les collations matinales et les goûters qui n'ont aucun caractère obligatoire ou systématique. Il n'y a pas d'indication sur les critères d'évaluation de ces actions. En dehors de ce dispositif, le Ministère renvoie à une déclinaison territoriale avec la construction, au sein de chaque académie, d'un « projet santé », qui devra s'adapter aux réalités locales de l'épidémie.

Deux autres plans, le Plan national santé environnement (PNSE) et le Plan national alimentation insertion (PAI) sont déclarés comme s'articulant au PO. Pour le premier, sa date d'élaboration en 2009, rend inexistante toute référence au PO. En revanche, le lien avec la prévention de l'obésité apparaît en filigrane de la troisième mesure phare du PNSE, « favoriser les mobilités douces ». La fiche 5 de l'annexe 2 décline une action « santé et transports », avec l'objectif de promouvoir l'usage des « transports doux » (marche à pied, vélo, rollers...) qui participent à l'accroissement de « l'espérance de vie ».

Mais, il faut recourir au Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS) d'octobre 2008, plus complet que le PNSE, pour mesurer véritablement l'impact des activités physiques sur la prévention de l'obésité. Ce document de près de trois cent pages du Professeur Jean-François Toussaint, consacre de longs développements à l'action positive des activités physiques et sportives sur les maladies chroniques telles l'obésité, le diabète de type 2 ou les maladies cardio-vasculaires. Tous les âges, tous les lieux de vie (écoles, universités, travail, villes, campagnes) sont étudiés avec un foisonnement de propositions et d'exemples tirés de l'étranger et le renfort de statistiques et d'indicateurs. Il eut été

cohérent que ce plan figure en bonne place dans l'axe 2 du volet prévention du PO. Le Plan national alimentation insertion (PAI), dont la 7^{ième} édition a été lancée en janvier 2011, est organisé autour d'un partenariat public-privé qui associe le Ministère de l'agriculture, l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA), la Fédération Nationale des Industries Laitières (CNIEL), et la fondation Nestlé. Depuis 2003 et le lancement du premier plan, s'est dessinée une « division du travail assistantiel » (Le Crom et Retière, 2001, pp. 111-116) entre l'Etat et les acteurs de la sphère privée, avec une « mobilisation mixte » pour tout ce qui touche à la distribution de l'aide alimentaire et à l'information sur la nutrition en faveur des populations les plus vulnérables. Les points de jonction entre le PAI et le PO ne sont pas véritablement matérialisés. Le PO se contente d'un renvoi au PNNS ou au PNA.

Il faut se rendre, alors, sur le site Internet « Mangerbouger.fr » pour faire ce travail de mise en concordance des deux plans. Six articles forment une charte « Alimentation et insertion », qui traduisent les engagements des partenaires associés au PAI. Les articles 3 et 6 sur l'amélioration de l'équilibre nutritionnel afin de préserver la santé des plus démunis et, le développement des études portant sur l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, sont deux orientations qui se retrouvent dans trois des quatre axes du PO : Axe 2, mesure 2.2, « Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS », Axe 3, mesure 3.1, « Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique », Axe 4, mesure 4.2, « Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir » sous l'égide de l'AVIESAN.

Ce référencement n'est pas exhaustif puisque d'autres plans nationaux de santé publique masquent des mesures ayant une relation directe avec la lutte contre l'obésité. Parmi les sept plans relatifs aux maladies chroniques, le plan cancer dans sa version 2 (2009-2013) expose, dans un troisième axe sur la prévention et le dépistage du cancer, une mesure 11 sur la promotion « des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers ». Le surpoids et l'obésité sont directement cités comme des facteurs potentiels de développement de cancers et, les activités physiques, la consommation de fruits et légumes comme des moyens de réduire ces risques. Un intérêt particulier est porté aux quartiers dits

« sensibles » et à la conception de l'habitat considérée comme un frein au développement de la pratique des activités physiques. La mesure 11 fait le lien avec le PNNS et le PNAPS.

De façon surprenante et en contradiction avec une partie de la littérature scientifique, « Le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » (2007-2011) ne reconnaît pas l'obésité dans la liste principale des maladies chroniques. On y retrouve pourtant l'ensemble des risques associés comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires... Néanmoins, des actions d'information des malades et de leurs proches (mesure n°1), à l'éducation thérapeutique avec la formation des médecins de premier recours, la rémunération des activités d'éducation thérapeutique des patients, (mesure n°4,5 et 6), en passant par la question de l'insertion dans la vie sociale (mesure n°9 et 10), on recense pour l'essentiel, les thématiques du PO. Ce dernier ne fait à aucun moment référence à ce plan, laissant à penser qu'ils suivent deux approches parallèles, alors que la transversalité des actions est parfaitement évidente et les objectifs à atteindre en matière de santé publique identiques. Afin de faciliter la lecture croisée du PO et des plans et programmes ayant des liens avec la prévention de l'obésité, l'annexe n°2, synthétise les actions ou mesures communes.

2. Le Plan Obésité, un instrument d'action sous contrainte

Le 20 juillet 2010, une annonce fait la une de l'actualité. La secrétaire d'Etat à la santé, lors du conseil des ministres, présente simultanément avec la troisième génération du PNNS, un nouveau dispositif de lutte contre la maladie, un « plan obésité ». Ce plan est la réponse concrète apportée à une commande formulée un an plus tôt, par le Président de la République, lors des premières journées européennes de l'obésité.

Le dispositif mis en place s'inspire fortement de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), instaurée en 2001 avec les politiques publiques sectorielles. On trouve à la tête des programmes ou du plan, des personnes en charge de leur

exécution directement nommées par les autorités publiques. Le modèle vertical et bureaucratique s'efface au profit d'une nouvelle dynamique de gestion. Elle tend à plus d'autonomie dans la mise en œuvre des mesures, dans le cadre d'une enveloppe globale prédéterminée, mais également à une responsabilité accrue avec une évaluation performative des mesures comprenant la fixation d'objectifs, d'indicateurs d'évaluation et un suivi régulier, semestriel, à la demande directe du Chef de l'Etat.

2.1. Le pilotage de l'obésité ou la figure de l'« Hyde »

Alors que les politiques affichent explicitement la lutte contre l'obésité comme « grande cause nationale » à grand renfort de messages le plus souvent alarmistes, il est étonnant d'observer un décalage entre le discours sur l'urgence des mesures à prendre et le retard dans la mise en œuvre du PO. Ce décalage serait révélateur des difficultés à définir une ligne de partage entre certains ministères, avec, comme conséquence l'application différée de certaines actions. C'est ce que nous a précisé un chargé de mission responsable de la prévention de l'obésité dans une ARS :

« On attendait le PO pour début 2011. « Les deux plans, PO et PNA, étaient déjà écrits depuis début janvier. Mais il y a eu des tractations avec les autres ministères dont le Ministre de l'Agriculture, avec des discussions sur les domaines respectifs... » (Chargé de mission PO et PNNS ARS)

2.1.1. Complémentarité ou concurrence interministérielle : quelle logique d'action ?

En 2008, la Cour des Comptes (2009) avait souligné les insuffisances, voire les « défaillances » dans le pilotage du premier PNNS, où « la coordination interministérielle ne s'était déroulée qu'au sein du comité de pilotage, où les

représentants d'intérêts économiques du secteur privé étaient ainsi pris à témoin des divergences entre ministères ». Le rapport public annuel de 2009, observe les progrès dans la coordination interministérielle. Il constate, cependant, que des efforts restent à accomplir en terme de déploiement des outils de pilotage, du suivi des recommandations de l'inspection générale, de publication des textes d'application des lois et des déclarations publiques d'intérêts sur Internet à la suite des présomptions de conflits d'intérêts entre les membres des différentes instances. Ces constats ont été relayés, en décembre 2009, par le rapport d'Anne de Danne³⁰ (2009) conseiller référendaire à la Cour des comptes, puis, en 2010, par le rapport d'évaluation du PNSS 2 avec pour cible, cette fois-ci, l'obésité.

Selon la Commission de Danne, l'animation des programmes serait jugée trop complexe et les divergences entre les participants importantes : « La prévention de l'obésité fait appel, par nature à une grande variété d'acteurs aux objectifs parfois difficiles à concilier : ministère chargé de la santé, ministères chargés de l'alimentation, de l'éducation nationale, de la consommation, de l'action sociale, de la ville, tous niveaux de collectivités locales, professions de santé, industrie, distribution, restauration, médias, enseignants, milieu sportif, organismes d'aide alimentaire, chercheurs, associations de parents d'élèves, associations de promotion de l'activité physique... La commission souligne la nécessité de garantir un pilotage stratégique et politique de niveau suffisant pour surmonter les divergences, voire les oppositions, perçues pendant les auditions, et qui ne peut donc se situer au niveau d'un seul ministère ».

Le 6 octobre 2011, la Secrétaire d'Etat à la santé a installé un comité de pilotage et un comité de suivi du PNSS et du PO (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2011). A la lecture du communiqué de presse transparaît la volonté de

³⁰ En octobre 2009, le Président de la République a confié à Anne de Danne la Présidence de la commission pour la prévention de l'obésité. La commission composée de représentants des différents ministères, de professeurs d'université, d'élus et de représentants d'associations des industries alimentaires et des obèses, a remis en décembre 2009 un rapport proposant un ensemble de mesures. Ces dernières ont été reprises dans le plan triennal sur l'obésité (2010-2013).

répondre aux constats dressés par les rapports successifs sur le pilotage des dispositifs. La constitution d'une instance unique avec deux composantes marquerait, en somme, l'effort de cohésion dans la mise en œuvre des plans, tout en renforçant le dialogue entre les acteurs en charge de la conduite des différents plans.

Comité de pilotage et Comité de suivi du PNNS et du PO sont, en fait, une seule et même instance. Le Comité de suivi est une émanation du Comité de pilotage élargi à un ensemble de membres nommés et de personnalités scientifiques qualifiées. Cette instance prend la suite du comité de pilotage du PNNS 2, dont la composition avait été officialisée par voie réglementaire. L'organisation et le fonctionnement du Comité de pilotage du PNNS et du PO ont été précisés par un décret du 19 avril 2012 du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, soit dix-sept mois après le lancement des travaux en novembre 2011. Entre ces deux instances, le trait commun est la place accordée au Ministère de la santé et au Ministère de l'agriculture et de l'alimentation qui ont un rôle prééminent dans les discussions sur la nutrition et l'obésité. L'étude des fondements du second PNNS³¹ permet de mesurer comment le premier a su s'approprier ce domaine de compétence : « en considérant la nutrition comme un déterminant de la santé, le PNNS s'intéresse globalement aux conséquences de l'état nutritionnel en termes de protection de la santé et en tant que facteur de risques de multiples pathologies fréquentes, coûteuses et causes de nombreux décès (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, divers cancers...) ».

La présidence du Comité de pilotage est confiée au directeur général de la santé (DGS) sur lequel repose, conformément au code de la santé publique (article R1421-1), la charge d'élaborer des plans de santé publique et des programmes nationaux de santé. La dimension sanitaire des instruments est renforcée par la présence à leur tête, de deux personnalités marquantes de la recherche médicale sur la nutrition : le premier, le professeur Serge Hercberg, directeur de recherches à l'INSERM et professeur à l'université de médecine de Paris 13, est présenté comme la figure historique du PNNS par les rapporteurs de l'IGAS et le Conseil Général de

³¹ Tirée du rapport du Ministère de la santé et de la solidarité - Deuxième Programme National Nutrition Santé - 2006-2010 - Actions et mesures (2006, p. 6).

l'Alimentation. Son influence sur le pilotage du dispositif a été déterminante. Auteur de la première version du PNNS, il a participé à la rédaction des versions suivantes et a assuré l'évaluation du PNNS 2. Le second, le professeur Arnaud Basdevant, est responsable du pôle « Endocrinologie-Diabétologie- Nutrition-Prévention » à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il lui a été directement confié la mise en œuvre du PO par le Président de la République. Il a été simultanément nommé à la vice-présidence du PNNS, de façon à ce que la jonction entre ces deux instruments soit assurée.

Le rôle prépondérant reconnu au Ministère de la santé est cependant contesté par le Ministère de l'agriculture. D'abord acteur émergent face à ces enjeux collectifs, il a fini par s'imposer comme le partenaire privilégié du Ministère de la santé. Il doit cette position stratégique aux relations étroites qu'il entretient avec les groupes de producteurs et les industriels de l'agroalimentaire, acteurs incontournables dans les modes d'alimentation. Il le doit aussi à deux types de dispositifs : tout d'abord, l'outil législatif et réglementaire qui a institutionnalisé ce partenariat en 2010 avec l'inscription du PNSS à la fois, dans le code de la santé publique (article 3231-1) et dans la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche du 27 juillet 2010. « Le bien manger » selon le législateur ne répond pas seulement à des exigences de sécurité sanitaire ou de santé publique, mais revêt aussi une dimension culturelle, en participant à la construction du patrimoine gastronomique français et une dimension stratégique d'un point de vue économique ; il le doit, ensuite, à l'arrivée d'un nouvel instrument concomitamment au PO : le Programme National pour l'Alimentation. Ce dernier a fortement contribué à affirmer la position du Ministère de l'agriculture dans ce domaine d'intervention.

Ce document de soixante-seize pages contient plus d'une centaine d'actions en matière de sécurité alimentaire et sanitaire, d'éducation et d'information du consommateur, de qualité gustative et nutritionnelle des aliments, de modes de production et de distribution, et de promotion du patrimoine alimentaire et culinaire français. Le PNA, bien que construit parallèlement au PO, ne se veut pas un instrument concurrent. Les rédacteurs du PNA se sont efforcés de préciser que ce dernier n'avait pas vocation à se substituer à d'autres plans. Cette affirmation est corroborée par le chargé de mission de l'ARS. Il fait la jointure entre les différents

instruments de la politique nutritionnelle, avec « lesquels il partagera certains objectifs », notamment le PNNS et le PO. Sont citées les actions liées à la recherche et aux comportements alimentaires qui s'articuleront avec le PO. L'instruction du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS 3 et du Po, rappelle cette obligation de cohérence en imposant les ARS au sein des comités régionaux chargés de l'alimentation (CRALIM) ce qui est déjà le cas dans les faits :

Au niveau national, le PNNS et le PNA ont été réfléchis en même temps. En région, on collabore de services déconcentrés à services déconcentrés mais, ça ne marche pas toujours comme ici dans d'autres régions. Il y a une Commission Régionale Nutrition Santé avec plusieurs composantes interministérielles qui associe la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'agriculture, l'alimentation et de la forêt, la santé, mais aussi des associations (Chargé de mission PO et PNNS ARS).

L'absence de concurrence entre les ministères n'empêche pas des discussions que notre correspondant de l'ARS qualifie de « tractations ». Celles-ci, concerneraient les délimitations des compétences des deux autorités : « du champ à l'assiette » pour l'agriculture et du « champ à la santé » pour la santé. L'enjeu est de taille puisque, de cette délimitation, découleraient les crédits alloués aux différents acteurs intéressés dans le champ.

Le périmètre des compétences entre les deux ministères est une question sensible. Calliope Spanou (1991, pp. 130-135) apporte un éclairage intéressant sur ces « marchandages interminables autour des attributions » entre administrations. L'analyse de l'auteur sur la stratégie utilisée par le Service de Répression des Fraudes pour acquérir plus d'autonomie et de prestige, en s'ouvrant au contrôle de la qualité et à la protection des consommateurs est une illustration assez proche de notre recherche. Elle explique que chaque ministère noue, avec son environnement d'intervention, des relations privilégiées et construit de cette façon « un système de

valeurs et une rationalité propre » qui lui assure une certaine indépendance. Les administrations se comportent alors en véritable « administration de milieu » et entrent alors en conflit dès qu'elles perçoivent une menace touchant à leurs attributions.

En 2009, lors de la discussion du projet de loi de modernisation agricole, l'UFC Que Choisir, dans un communiqué de presse du 9 novembre 2009, intitulé : « Mise au pas de l'INPES », dénonçait une volonté de « démanteler la politique de prévention de l'obésité ». Pour l'association de défense des consommateurs, le projet de loi prévoyait de confier au Ministère de l'agriculture et de l'alimentation la « cotutelle de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), organe de communication du ministère de la Santé ! Ce rattachement contre nature fera que les communications de l'INPES devront être validées par le Conseil National de l'Alimentation, donnant ainsi à l'industrie un fort droit de regard institutionnel sur les campagnes de prévention officielles ! ». Cette soudaine médiatisation de l'INPES cacherait une lutte de pouvoir entre les deux ministères pour s'approprier cet organe de diffusion de l'information.

En effet, les missions de l'INPES définies par le code de la santé publique intègrent, à côté des avis rendus sur l'ensemble des programmes de prévention et de promotion de la santé pour le compte du Ministère de la santé, l'information du grand public, des associations et des professionnels grâce à son réseau spécialisé de documentation. La communication institutionnelle « représente l'essentiel de l'image et de la réalité du PNNS au niveau national [...] la force du PNNS pour la société mais aussi pour les parties prenantes, en particulier, pour les professionnels de l'alimentation » (Jourdain Menninger, Lecoq, Guedj et *al.*, 2010). On comprend mieux, à la lecture du rapport d'évaluation du PNNS 2, la bataille que se seraient livrés en coulisses les tenants de la défense des messages de santé publique par l'intermédiaire de l'INPES et les industriels de l'agro-alimentaire soucieux d'éviter un encadrement réglementaire trop strict. Circonscrites à deux cas depuis 2006, les tensions se sont focalisées sur la régulation des campagnes d'information télévisuelle. Plus précisément, les industriels ont cherché à limiter la portée des

messages de prévention jugés trop contraignants pour tout ce qui touche d'abord, les produits sucrés et ensuite, les aliments trop gras, ou trop salés.

Certains réagencements administratifs sont moins exposés médiatiquement mais, n'en demeurent pas moins commentés. Ainsi, la création en juin 2010 de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) produit de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), deux établissements publics administratifs, a été controversée. Francis Chateauraynaud et Josquin Debaz retracent dans la revue « Pour la Science » de septembre 2010, l'histoire de ces deux agences qui sont nées à la fin des années 1990 et au début des années 2000 avec les grandes crises sanitaires. Elles ont la particularité d'avoir essuyé de vives critiques sur leur indépendance car leurs actions auraient été trop fortement soumises aux intérêts des industriels. Les deux chercheurs s'interrogent sur la façon dont la nouvelle instance, rattachée à plusieurs tutelles, l'agriculture, la consommation, la santé, le travail et l'environnement, sera en capacité de rendre une expertise en toute indépendance. Plus directement, en juin 2010, le site de la Direction de l'information légale et administrative, direction rattachée aux services du Premier ministre, relaie les commentaires de « nombreux observateurs » inquiets de cette fusion et du risque de « prise de contrôle » de l'AFSSA sur l'AFSSET. La différence de taille entre ces deux opérateurs, 1 200 agents à l'AFSSA contre 150 à l'AFSSET, laisserait supposer que la fusion est un moyen, pour le premier, d'avoir la mainmise sur le second, avec, comme enjeu, la maîtrise du « principe de précaution ». L'AFSSET, en effet, aurait tendance à mobiliser ce principe plus fréquemment que l'AFSSA. Ce transfert serait susceptible, selon ces mêmes observateurs, d'affecter l'adoption de mesures visant à protéger des risques dans les domaines de la santé, de l'alimentation ou de l'environnement.

Cette position dominante des Ministères de la santé et de l'agriculture n'a pas été remise en cause au sein du Comité de pilotage qui s'est élargi à trois nouveaux ministères par rapport au PNNS 2. Les rapporteurs de l'IGAS et du Conseil Général de l'Alimentation (Jourdain Menninger, Lecoq, Guedj et *al.*, 2010), qui avaient émis le

souhait d'une prise en compte renforcée des « activités physiques », n'ont pas été entendus. L'idée de confier symboliquement la vice-présidence du PNNS au Ministère des sports, de façon à afficher cette branche comme un contributeur essentiel à l'état de santé des individus, n'a pas été retenue.

Au final, le pilotage de cette instance représente un véritable défi. Avec la présence de onze ministères auxquels il faut rajouter pour être complet, la présence d'une dizaine d'établissements publics, placés pour la plupart, sous l'autorité de ces mêmes ministères, la construction donne l'image de la figure mythologique de l'Hydre de Lerne³² et accrédite l'idée d'un espace public placé sous le contrôle des autorités politiques et administratives.

2.1.2. Le dispositif de pilotage du PNNS et du PO répond à un double mouvement contraire

Nous transposerons certaines observations de Jean-Claude Thoenig et Patrice Duran (1996, p. 580) sur le modèle de gestion publique territorial par l'Etat au dispositif de pilotage du PNNS et du PO. C'est un « espace apparemment intégré » où l'Etat détient le monopole de la décision administrative dans le Comité de pilotage. C'est également un espace de différenciation avec un Comité de suivi, où l'on trouve une « multiplication de groupes d'intérêts divers dont l'action interfère avec celle des responsables politiques au point de briser leur monopole de représentation et d'argumentation ».

Le pouvoir décisionnel, si l'on déroule le discours de la Secrétaire d'Etat à la santé publique, appartiendrait au Comité de Pilotage et répondrait au cadre classique d'un processus d'arbitrage interministériel, exclusivement. Ceci constitue

³² L'Hydre de Lerne est une créature que l'on représente sous la forme d'un serpent avec plusieurs têtes. Dans la mythologie grecque, Hercule livra un combat avec le monstre dont les têtes repoussaient systématiquement à peine avaient elles été décapitées.

indéniablement un changement en terme d'autonomie par rapport au comité de pilotage du PNNS 2 dont la mission résidait principalement dans la constitution de « groupes de travail thématiques ». Il conviendra, cependant, d'attendre la diffusion du règlement intérieur de l'instance, pour mesurer la portée véritable de ses décisions.

Cette instance donne aussi le signe d'une volonté de recentraliser le pouvoir décisionnel et ce, de façon à gommer certains constats de la Cour des comptes (2009), puis de l'IGAS et du Conseil Général de l'alimentation (Jourdain Menninger, Lecoq, Guedj et *al.*, 2010). En limitant le pouvoir décisionnel à la représentation ministérielle et aux établissements publics, le Comité de pilotage renforce l'autorité du pouvoir central et évite les sources de tensions entre les différentes composantes. Mais, en agissant de la sorte, c'est-à-dire en recherchant un consensus qui ne laisserait pas une place suffisante au débat public, l'autorité administrative s'expose à une remise en cause de la « coordination latérale » (Garraud, 1996, p. 2002) qu'elle a pourtant souhaité. Elle prend le risque de voir sa décision remise en cause, car mal comprise, alors que le but initial est de rallier la majorité des acteurs pour la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre l'obésité. Cette approche est renforcée par l'idée d'un processus accéléré dans la prise de décision laissant sous-entendre un impératif de production de résultats. Cela se traduit par un rythme des réunions ramené à une fois par trimestre contre cinq fois par an pour l'ancien Comité de pilotage du PNNS 2.

Le Comité de suivi se présente comme un espace de débat sur les questions de nutrition et d'obésité, grâce à la possibilité qui lui est donnée de constituer des groupes de travail ou de se réunir en « inter-plans ». Il ne s'agit pas véritablement d'un lieu de production d'expertise, mais d'un dispositif participatif qui sollicite des experts, des politiques et des profanes. On retrouve l'approche de la sociologie de la traduction où la performance de la décision publique repose sur la capacité de l'Etat à mobiliser d'autres acteurs, ce qui lui évite d'assumer seul le poids d'une décision sujette à controverse. Des auteurs comme Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe (2001) l'ont parfaitement démontré pour des sujets touchant

également à la santé (sang contaminé, OGM, usage du téléphone portable...), ou Jean-Eudes Beuret (2006, p. 155) pour la gestion de l'environnement.

Pas moins de vingt-six représentants intéressés par les questions de l'alimentation ou de la nutrition sont impliqués dans le Comité de suivi du PNNS et du PO. Les différentes composantes ont été renouvelées en tenant compte de la dimension obésité. Une étude croisée des instances de pilotage du PNNS et du PO en Annexe n°3, donne la mesure de l'ampleur des consultations à mener et de la complexité à rallier à un objectif commun des forces sociales aux intérêts souvent antagonistes. Cette difficulté est renforcée par le peu de réunions communes, au minimum deux fois par an. Se retrouvent au sein de l'instance, plusieurs composantes avec, des organismes de défense des personnes et des patients obèses (Allegro fortissimo, Prader Willi, Pulpe club, Collectif national des associations d'obèses) dont le nombre de sièges est porté à quatre contre un seul dans le Comité de pilotage du PNNS 2, des organismes de défense des consommateurs, des organisations professionnelles du commerce alimentaire, de la restauration collective, des représentants des collectivités locales (Association des maires de France...) et certains décideurs publics (Conseil National de l'Alimentation...), etc. Au total, ce sont cinquante-quatre membres en intégrant les deux présidents des plans et soixante-dix, avec les personnalités qualifiées, qui participent au Comité de suivi, soit plus d'une dizaine de personnes supplémentaires par comparaison au Comité de pilotage du PNNS 2.

La capacité d'action de cette nouvelle structure repose tout à la fois sur les moyens qui lui seront alloués pour accomplir sa mission, le communiqué de presse ne dit rien à ce sujet, et sur la contribution active de chacun de ses membres. Un site Internet sur le PO a bien été créé mais il n'apporte aucun élément d'information sur ce dernier point. L'IGAS (Jourdain Menninger, Lecoq, Guedj et *al.*, 2010), n'a pas manqué de noter la faible implication des membres du Comité de pilotage du PNNS2 aux réunions où, sur 51 membres, moins de la moitié a participé à la totalité des réunions durant les quatre années. Elle invitait les autorités publiques, lors du renouvellement du Comité de pilotage, à porter une attention particulière aux choix des représentants et au suivi de leur participation. Leur implication est d'autant plus

souhaitable qu'elle matérialiserait l'adhésion aux propositions d'actions de lutte contre l'obésité. Pierre Mathiot (1993, p. 308) voit dans ce mécanisme d'appropriation, un moyen pour les acteurs de donner un sens à leurs actions et de dépasser les critiques qu'ils sont susceptibles de formuler. Philippe Warin (1999, pp. 118) fait de l'adhésion un élément de stratégie essentiel dans la conduite de l'action publique, afin de « contourner » sinon de « lever des résistances » auxquelles se heurte l'administration publique.

2.2. Des impératifs de résultats inscrits dans une échelle temporelle de court terme

L'introduction du PO apporte un rapide aperçu de sa construction. Il se présente comme un outil structurant l'action publique, en faisant le lien entre le PNNS bien entendu, mais aussi quatre autres dispositifs institutionnels : le PNA, le PSE, PNSE, PAI. La synergie entre ces instruments, n'est que partielle. En effet, il n'y a pas de mise en concordance des calendriers de la programmation des actions. Le PO fixe une échéance à trois ans (2010-2013), contre cinq ans en moyenne pour les autres programmes ou plans.

Cette observation conduit à s'interroger sur la temporalité de l'action publique dans un domaine qui suppose la prise en compte de réalités médicales et sociales dont les transformations ne peuvent s'évaluer que sur le long terme. De ce point de vue, l'obésité, pour reprendre la comparaison de Marc Bessin (2006) sur les politiques publiques de sécurité, de justice, ou du développement urbain, souffrirait de « l'amplification du phénomène de l'urgence traduisant les mutations temporelles de la société qui tend, de plus en plus, à privilégier les temps courts et à fonctionner sur le registre de l'immédiateté ». La temporalité, comme élément déterminant dans la construction des politiques publiques, se conjugue, pour Eloïse Girault (2011), avec les acteurs qui, à leur niveau, sont tenus par le calendrier électoral et l'obligation d'anticiper le renouvellement de leur mandat.

En inscrivant l'action sur l'obésité sur une période définie, il y a, là, matière à contrecarrer la portée réelle des transformations dans la mesure où le temps politique peut conduire selon Eloïse Girault, « à imposer une logique de l'urgence qui disqualifie toute catégorie temporelle autre que celle de l'immédiateté ». Dans un contexte où la thématique fait l'objet d'une forte politisation, des auteurs tels que Serge Huteau (2002, p. 117), constatent que « la tyrannie du court terme, le poids de l'urgence, la sanction que représentent les élections sont tels », pour les autorités politiques, que ces facteurs en viennent à prendre le pas sur l'engagement à long terme de l'action publique. Par son caractère complexe, la politique de lutte contre l'obésité mériterait par conséquent, une échelle temporelle plus longue que les trois ans qui lui sont accordés, afin d'en mesurer véritablement les premiers effets.

L'appréciation de ces effets conduit à rentrer dans le champ de l'évaluation des mesures. Le PO et le PNNS 3, à la différence des deux précédents programmes, introduisent des indicateurs de suivi. Autant ceux du PNNS sont quantitativement définis : « Diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide » (Sous-objectif 1-1, Objectif général 1, Axe 1) ; « atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée, trois fois par semaine, pendant au moins une heure » (Sous objectif général 2-2, Objectif Général 2, Axe 2), autant ceux du PO sont généraux, sans indication chiffrée : « Publication et diffusion des recommandations » (Action 1 – Mesure 1-1, Axe 1) ; « Centres spécialisés et intégrés identifiés en 2011 » (Action 4, Mesure 1-2 - Axe 1).

A aucun moment, les données chiffrées du PNNS pour les objectifs touchant à l'obésité, ne sont repris dans le corps du PO, ce qui rend la synthèse malaisée. En outre, les mesures ne font jamais état du montant financier qui leur est accordé. L'effort louable de suivi des actions est, de ce fait, atténué et le travail d'évaluation de l'IGAS et du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), est rendu plus aléatoire, de même que la portée du message de lutte contre l'obésité.

2.3. Le financement de l'obésité ou la règle de la globalisation des crédits

L'évaluation de l'engagement financier de l'Etat dans la lutte contre la maladie est rendue relativement complexe. Pour reprendre l'analyse de Pierre Moulinier (2002, p.219) sur la politique publique culturelle, l'existence d'une diversité de financements avec des « financements conjoints » au niveau central en raison de l'existence de plusieurs plans et programmes de santé publique, des « financements croisés » au niveau local avec l'appui des collectivités territoriales et des opérateurs privés, participe à cette complexité. Le seul élément tangible en notre possession, c'est l'annonce faite par le Président de la République, le 1^{er} juillet 2010, d'un plan de financement d'un montant de 210 millions d'euros pour le PNNS, dont 140 millions d'euros pour le PO sur trois ans, financé par redéploiement de crédits.

Sur la base de cette annonce, nous avons réalisé un travail d'investigation spécifique pour rendre compte de la ventilation de ces crédits. Nous avons mobilisé trois types d'outils financiers : les lois de finances, les lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et les appels à projet en matière de recherche clinique, qui matérialisent traditionnellement, les crédits ouverts pour le financement de la politique de santé publique. Notre étude a pris, comme années de référence, les années budgétaires 2011 (JOFR, 2010) et 2012 (Assemblée nationale, 2011), qui correspondent au lancement du PO en juillet 2010. Chaque loi de finances est constituée de plusieurs annexes dont une annexe « santé » à laquelle devrait se rattacher le PO. Cette dernière, qui récapitule les crédits et les emplois demandés pour la réalisation des missions de santé publique, se subdivise en deux programmes : un programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de Soins » et un programme 183 « Protection maladie ». La lutte contre l'obésité est incluse dans le premier programme.

Pour l'année 2011, première année de budgétisation du PO, le programme 204 (« Prévention, sécurité sanitaire et offre de Soins »), a bénéficié d'une enveloppe de plus de 583 millions d'euros, soit un peu moins de 50 % des crédits de la politique de santé publique. Les crédits sont répartis en neuf actions qui bénéficient, pour chacune d'entre elles, d'une ligne de financement. Ces crédits se décomposent en

dépenses de fonctionnement et en dépenses d'intervention et regroupent les crédits délégués à l'administration centrale du Ministère de la santé, aux ARS ainsi qu'à l'ensemble des opérateurs rattachés au Ministère : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Agence de la biomédecine (ABM), l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de veille sanitaire (INVS), l'Institut national du cancer (INCa), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), et l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

La prévention de l'obésité est enchevêtrée dans l'ensemble de ce lourd dispositif. Il est totalement impossible d'isoler, à ce niveau, les crédits « obésité ». Nos investigations ont permis de trouver la mention du PO au sein de l'action « prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation » (Action n°15). Un peu plus de 19 millions d'euros de crédits sont alloués à l'action, soit 3% des crédits des dépenses nationales de prévention. Ces crédits sont eux-mêmes répartis en trois sous-rubriques, dont « la nutrition et la santé », qui se voit attribuer 1,03 million d'euros. Les crédits sont dilués dans une grande variété d'actions qui concernent l'obésité et d'autres mesures comme la promotion de l'activité physique, ou de l'allaitement maternel, sans plus de précision sur le fléchage de ces crédits.

L'année 2012 correspond à la montée en charge du PO. Le projet de loi de finances a été abondamment commenté à la suite de la controverse née de l'article 46 portant sur « l'instauration d'une contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés ». En première lecture du texte en octobre 2011, la Ministre du Budget, a défendu l'idée que l'introduction de cette « taxe comportementale » répondait à une logique de santé publique et constituait un outil de financement de la lutte contre l'obésité. Le produit de cette taxe avait été évalué à 240 millions d'euros et on pouvait penser qu'une partie de cette nouvelle source de recettes allait être affectée au soutien du PO. Or, la pression des groupes de l'industrie agroalimentaire a été telle qu'ils sont parvenus à faire modifier le dispositif législatif. Par leur action, à

l'appui de certaines annonces chocs relayées par les médias³³, ils ont remis en cause la pertinence d'une telle taxe, en se déclarant particulièrement hostiles à toute invocation de l'obésité comme justification de la mesure. La référence à l'obésité a été supprimée du projet de loi. Le produit de cette taxe qualifiée par le rapporteur général du budget, Gilles Carrez d' « OFNI, objet fiscal non identifié » (AFP, 21 octobre 2011), a été en définitive affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la réduction des charges sociales dans l'agriculture.

L'annexe du projet de loi de finances devrait traduire, de toute évidence, la mise en œuvre des premières mesures. C'est ce que confirment les orientations stratégiques du « projet annuel de performance » qui entend poursuivre le développement du PNNS en complémentarité avec le PO. Le découpage en programmes ou en actions est identique à celui de 2011. Il en est de même des intitulés. Les crédits de l'action « prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation », progressent de 11 %, soit un peu plus de 2 millions d'euros pour s'établir à plus de 21 millions d'euros. Le volet nutrition et santé, qui intègre le PO, ne fait toujours pas apparaître de crédits spécifiques. Il est cependant abondé de 20 000 euros (+ 2 %), pour financer des actions de formation, d'éducation

³³ Sophie Lecluse dans le quotidien « La Tribune » du 13 octobre 2010, relate le travail de lobbying réalisé par les grands groupes industriels auprès des parlementaires lors de la discussion du texte sur la taxe des sodas. On apprend que la bataille a fait rage entre Orangina, Pepsi et Coca Cola, chacun cherchant à extirper ses produits de l'impôt afin d'obtenir un « avantage concurrentiel ». Dans ce combat entre les trois « gros » de l'industrie du soda, Orangina en ressort vainqueur : « constatant que la taxe s'appliquait sur 90 % de ses boissons contre 60 % pour Coca-Cola sauvé par ses versions light à l'aspartame, le groupe a œuvré pour que les boissons contenant des édulcorants soient, elles aussi, concernées. Bingo. Son plus gros concurrent allonge sa facture à plus de 100 millions d'euros ». L'article met également en lumière la lutte d'influence entre le gouvernement et les industriels. En effet, après la menace de la filiale française de Coca Cola de geler 7 millions d'investissement sur le territoire national, annonce immédiatement démentie par les autorités européennes de Coca Cola face aux réactions politiques, l'industriel a été rendu en partie responsable par ses concurrents « de la décision de la ministre du budget, Valérie Pécresse, de doubler la taxe. Depuis, tous sont muets de peur de déclencher une nouvelle ire gouvernementale ».

pour la santé et de communication ainsi que l'observatoire de la qualité de l'alimentation.

Il faut se rendre à l'évidence, ce premier niveau de lecture ne permet pas d'isoler les crédits alloués à la prévention de l'obésité. Nos recherches dans la continuité, se sont étendues à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (JORF, 2010) et au PLFSS pour 2012 (Assemblée nationale, 2011). Chaque année, le PLFSS, fait l'objet d'un débat parlementaire, parallèlement à l'examen du projet de loi de finances. Les années 2011 et 2012 s'inscrivent dans un contexte généralisé de réduction des déficits des comptes sociaux et de recherche de nouvelles recettes. Le dispositif législatif et réglementaire est conséquent. L'articulation avec les questions de santé publique est réalisée lors de la discussion à l'Assemblée, par le Ministre de la santé qui se doit de justifier de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au vu d'un ensemble de données démographiques, épidémiologiques et sociales. Ces données construisent l'annexe 7 du PLFSS intitulée « ONDAM et dépense nationale de santé ». La deuxième partie du document porte directement sur le financement des plans de santé publique qui, pour 2011, sont au nombre de treize.

Le plan cancer et le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques figurent en bonne place, mais ni le PNNS, ni le PO, ne sont évoqués, de même que l'on ne retrouve aucune mention explicite de l'obésité dans le support. L'article 88 de la loi de financement mérite cependant, une attention particulière. Il porte sur le « fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés » (FMESPP) dont les crédits sont délégués aux ARS. Ce fonds répond à cinq critères en matière d'aide financière à la restructuration ou à la modernisation des établissements de santé. Chaque année, le Ministère de la santé donne ses instructions aux ARS sur la gestion du FMESPP, sous la forme d'une circulaire. Pour la première fois dans notre travail de recherche, apparaît enfin, dans une annexe 1 de la circulaire du 22 avril 2011, un financement ciblé pour le PO. Dans un tableau de quatorze actions en faveur des hôpitaux, le plan bénéficie d'une enveloppe déléguée de 3 millions d'euros pour conduire des opérations d'équipement des services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette enveloppe répartie entre la métropole et les Départements d'Outre-Mer (DOM),

correspond à la mesure 1.6 de l'axe premier du PO relatif à l'amélioration de l'offre de soins en faveur des sujets obèses.

Pour 2012, la liste des plans n'apparaît plus dans le sommaire de l'annexe 7 du PLFSS. Une lecture fine met à jour, en deuxième partie du support, le thème de l'obésité dans une priorité de santé publique portant sur l'amélioration de « l'espérance de vie en bonne santé ». Cette priorité nationale est découpée en trois objectifs assignés aux ARS dans la cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) les liant à l'Etat. La lutte contre l'obésité se trouve au même rang que la lutte contre le cancer ou la vaccination, dans un objectif 2 sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, soutenu par deux indicateurs de résultat concernant exclusivement la petite enfance avec le suivi de « la prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle » et « la prévalence l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle ». Il n'y a aucune référence au PO, ni d'indication susceptible d'éclairer notre recherche sur son financement. Pour ce qui concerne le FMSPP, la circulaire est diffusée avec un décalage de six à huit mois à l'issue du vote par le Parlement de la loi portant sur le financement de la sécurité sociale. Il faudra donc attendre le courant de l'année 2012 pour mesurer si les établissements de santé bénéficieront, pour la deuxième année consécutive, d'un soutien financier dans le cadre du déploiement du PO. On pense, ici, aux centres spécialisés et centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi compliquée.

Il reste encore une dernière voie à explorer avec les appels à projets en matière de recherche clinique. Le renvoi au « projet » traduit un double mouvement de préoccupation.

Le premier est relatif à la recherche d'efficacité dans la conduite de l'action publique, avec un changement d'échelle depuis maintenant plus de quinze ans et la conduite des politiques de santé publique au niveau régional par les ARH, puis les ARS. Il existe toutefois une exception au niveau de la recherche, où le Ministère de la santé par l'intermédiaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), a souhaité conserver la mainmise sur le financement des projets, tout du moins dans le

cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Pour ces derniers, il procède à leur sélection et à leur suivi. Le second relève de l'outillage de l'opérateur territorial car le « projet » représente pour les ARS, un levier de mobilisation et de coordination des acteurs publics et privés, plus adapté pour « améliorer le rendement de la production des politiques publiques par un coalition d'acteurs dont, évidemment, la mise en relation est source de difficultés » (Joye, 2002).

Pour 2011 et 2012, en dehors des circulaires sur le FMSPP, deux nouvelles sources documentaires, issues de la production ministérielle ont été exploitées. La première, est relative aux appels à projets PHRC, la seconde a trait à la campagne tarifaire qui fixe, chaque année, les ressources allouées aux établissements de santé. Le PHRC (hors cancer) répond, au niveau national, à des orientations générales de recherche qui sont arrêtées dans une instruction ou une circulaire. La « nutrition et l'obésité » est au premier rang des onze thématiques de recherche arrêtées par le Ministère de la santé, dont certaines feront l'objet de publications dans des revues scientifiques. Le PO est au centre du dispositif. Implicitement, la thématique renvoie à l'action 35 de la mesure 4.3 (« Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle ») du quatrième axe de recherche du PO sur l'investissement dans la recherche. Mais, cet appel à projets national n'est pas exclusif car il se double, au niveau interrégional, d'appels à projets dont les orientations sont laissées à la libre appréciation de l'échelon interrégional. Cette stratification de la recherche conduit indubitablement à s'interroger sur le niveau de cohérence entre le national et le régional.

Les établissements retenus bénéficient d'un financement spécifique dans le cadre de deux enveloppes dont la répartition par région est assurée par le niveau central. Il s'agit des crédits « Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation » (MIGAC) » et des crédits « Missions d'Enseignement Recherche, Recours, Innovation » (MERRI). Pour ce qui concerne les crédits MERRI, afin d'évaluer leur montant, il faut se livrer à un véritable jeu de piste. Ainsi, une instruction ministérielle de fin d'année lance traditionnellement le programme de recherche clinique des établissements de santé pour l'année N+1. Elle se limite à préciser, dans un tableau synthétique, les financements des appels à projets interrégionaux. Pour l'allocation

des crédits MERRI des projets nationaux du PHRC, il faut attendre la circulaire de campagne tarifaire des établissements de santé publiée six mois après l'instruction, pour avoir une estimation du montant de l'enveloppe. Mais, dans les deux cas, la notification des crédits aux établissements n'interviendra qu'à l'issue des résultats de la sélection des projets interrégionaux et nationaux publiés fin mai ou début juin.

Pour l'année 2011, les éléments financiers contenus dans ces deux supports sont inexploitable pour notre recherche compte tenu de leur caractère global. On constatera que le PNNS et le PO ne figurent pas dans la circulaire relative à la campagne tarifaire, alors que l'on retrouve la plupart des plans de santé publique et des crédits alloués dans un tableau en annexe. Il faut se rapporter au site Internet du Ministère qui diffuse la liste des projets nationaux et interrégionaux sélectionnés par le Comité National de la Recherche Clinique (CNRC) et les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC). On y apprend que le montant global de l'enveloppe pour le financement des projets nationaux, correspondant aux onze thématiques prioritaires de recherche, est de 61 millions d'euros auxquels il faut ajouter plus de 16 millions d'euros pour les projets interrégionaux. Ces chiffres bruts ne rendent pas compte du fléchage de la nutrition et de l'obésité qui se retrouvent pris dans la masse des crédits.

Un ultime travail aurait pu consister à agréger la notification des crédits MERRI délégués à chacun des établissements porteurs d'un projet « nutrition et obésité », mais les tableaux de synthèse ministériels ne donnent aucune indication financière pour chacun des projets retenus en dehors de l'axe prioritaire de recherche et de son titre. On notera simplement, que sur les 178 projets nationaux et 111 projets interrégionaux PHRC (hors cancer) retenus en 2011, à peine 2 % en moyenne ont pour thème de recherche l'obésité. Pour l'année 2012, la liste des projets sélectionnés sera connue au mois de juin mais, d'ores et déjà, les constats relatifs aux données financières de la circulaire du 4 novembre 2011 sur l'appel à projets sont identiques à ceux de 2011. La circulaire affiche cependant une recherche de plus grande cohérence entre le niveau national et le niveau régional dans le choix des projets nationaux PHRC (hors cancer), par l'intermédiaire de critères de sélection plus drastiques.

Au final, de ce lourd travail d'investigation, il ressort un foisonnement de plans, de programmes, d'appels à projets associé à un nombre important de mesures ou d'actions sans pouvoir parvenir véritablement à donner une hiérarchisation et une vision d'ensemble des initiatives. L'engagement financier de l'Etat, par le redéploiement de crédits mériterait aussi des précisions. Cet effort de clarification est d'autant plus nécessaire que les autorités publiques s'exposent au risque, comme l'a déjà souligné la Cours des Comptes (2011, pp. 46-48), de donner l'illusion aux individus de la création d'un « filet de sécurité » (Grignon, 2002) optimal face au risque de l'obésité. De surcroît, en s'exonérant de cette exigence, elles prêtent le flanc aux critiques qui ne verront, dans cette vaste construction, que les effets de la « logique médiatique » ou des « effets d'annonce », éloignés d'une « volonté stratégique et durable ». La mesure de l'ancrage local du PO en témoigne :

Un des défauts du plan obésité, c'est qu'il n'est pas financé, la réalité c'est que l'on n'attend pas le financement. Si l'on regarde l'histoire du PNNS, elle est assez intéressante, c'est le professeur Serge Hercberg aussi fort, aussi compétent qui a développé toute une stratégie accompagnée de moyens. Les toutes premières mesures du plan PNNS c'étaient 70 médecins nutritionnistes et plus de 500 diététiciens, c'était ça... Il y a eu des campagnes de presse, de pub, de télévision, etc. avec les moyens qui allaient derrière. Il en reste des actions, des écrits et des messages dans la tête des gens « manger cinq fruits et légumes par jour », c'est dans la tête des gens. Quand je demande à ma fille de 10 ans « qu'est-ce que tu as mangé ? » et bien « j'ai mangé mes légumes » donc il en reste quelque chose. Le plan obésité pour le moment on n'a pas vu la communication qui allait avec. (Professeur Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

En dehors des experts mobilisés par la question au CHU de Toulouse, le PO jouit d'une faible notoriété de la part des professionnels hospitaliers. La quasi-totalité de nos interlocuteurs ont fait part, lors des *focus group*, de leur ignorance sur les mesures du PO, voire même sur l'existence de cet instrument. Son ancrage

professionnel procède, certes d'une distribution de ressources, mais aussi, de la promotion de l'instrument qui reste à faire auprès des décideurs hospitaliers, de façon à les intéresser à la thématique.

2.4. Un contenu faiblement normatif

Le PO se décline en vingt-trois mesures et trente-six actions. Il reprend bon nombre de préconisations des sociétés savantes et des experts en nutrition qui ont produit à l'automne 2010, un rapport contenant une quarantaine de propositions en vue de l'élaboration du futur PNNS 3 (Bourdillon et *al.*, 2010).

Nous sommes loin d'un espace élaboré de savoirs ou de normes de bonnes pratiques. Le PO se donne davantage à lire comme un dispositif qui laisse la place à la négociation, à la construction d'accords à partir d'une action collective de partenaires réunis dans des groupes de travail. A leur tête, un « pilote » dont la responsabilité est de définir le contenu des actions. Il bénéficie d'un degré de liberté important pour leur formalisation. L'autorité publique, avec ses mécanismes de régulation, est ici en retrait. Face à des questions de santé publique aussi complexes les instruments réglementaires semblent, en effet, inopérants.

Le PO se borne en fait à énoncer des recommandations, des propositions dans quatre domaines : l'offre de soins, l'environnement et l'activité physique, la protection des individus en situation de vulnérabilité et la recherche. Il promeut une action coordonnée entre tous les acteurs de la prévention dans deux voies. Tout d'abord, au niveau des collectivités locales qui sont présentées comme des acteurs essentiels de la prévention de l'obésité (politique de transport et développement de l'activité physique, promotion de la qualité nutritionnelle par l'entremise de la restauration scolaire...). Ensuite, au niveau des ARS, qui ont la mission de décroiser les relations entre les professionnels de la santé (médecine de ville et médecine hospitalière) et de structurer l'offre des soins entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'information des professionnels et des consommateurs sert de fil conducteur à l'ensemble des mesures avec des actions multiformes qui consistent tout autant à communiquer sur les pratiques alimentaires (généraliser la distribution

de fruits à l'école, promouvoir l'allaitement maternel), à renforcer le niveau des connaissances sur le contenu des produits grâce à une amélioration de l'étiquetage, ou à alerter par la régulation des messages publicitaires.

Mais, le faible caractère normatif du PO crée de l'incertitude car il ne garantit pas la mise en œuvre des recommandations ce qui en limite sa portée. Parce qu'elle repose sur une rationalité technique et scientifique, la normalisation, rappelle Olivier Borraz (2004), présente l'avantage de définir une ligne de conduite permettant à la fois, de pacifier les rapports entre les individus et de neutraliser l'influence du politique.

La mesure la plus emblématique concerne la publicité. Sur la nocivité des messages dans les programmes pour enfants, les sociétés savantes préconisaient, en effet, des mesures volontaristes voire coercitives. Elles entendaient soumettre la publicité sur les produits gras, sucrés ou salés à un régime d'autorisation aux heures de grande écoute. Les agences de communication auraient été également assujetties à des normes de diffusion en faveur des campagnes nutritionnelles à des tarifs publicitaires préférentiels. Les sociétés savantes entendaient démontrer par un effet de dramatisation, à partir d'études, que la publicité avait une incidence sur la progression de l'obésité. Elle orienterait en effet, les choix à venir et les habitudes alimentaires des jeunes générations. Le PO n'a pas repris de telles préconisations. Il semble même contourner la difficulté en se concentrant sur la protection des consommateurs contre les communications trompeuses, ou en renvoyant à des campagnes de prévention sur les risques encourus pour la santé après de trop longues heures passées devant un écran. Une correspondance entre les actions du plan obésité et les préconisations des sociétés savantes a été réalisée en annexe n°4.

Cette question est pourtant mise en débat depuis de nombreuses années et plusieurs spécialistes ont déjà eu l'occasion d'exprimer leur souhait de voir les autorités publiques se positionner par le pouvoir réglementaire. C'est le cas du Professeur Serge Hercberg, fondateur du PNNS. En septembre 2009, il s'exprimait en ces termes sur le site Internet « Doctissimo » : « L'interdiction de la publicité dans

les émissions télévisuelles destinées aux enfants ne peut pas être une mesure totalement efficace à elle seule. Néanmoins, elle est complètement légitime pour donner une cohérence à l'ensemble des messages véhiculés et même indispensable pour avoir une véritable politique de santé publique. C'est sûr que ce type de mesure, comme souvent en santé publique, se heurte à des intérêts, des enjeux économiques. C'est pourquoi les lobbyings ont réussi, jusqu'à présent, à bloquer cette mesure qui, obligatoirement, verra le jour. Je crois que ça sera salutaire, pour tout le monde et surtout pour nos enfants, que cette mesure soit placée sous la forme d'une régulation obligatoire ».

Sur la protection contre les communications mensongères relatives à la qualité nutritionnelle ou les prétendus vertus sanitaires de certains produits alimentaires, le PO ne se veut pas plus normatif. Il se cantonne à responsabiliser les médias en promouvant l'autodiscipline des grands opérateurs avec la production d'un guide des bonnes pratiques qui n'interviendra qu'en 2013 à la date d'échéance du PO. La proposition de création d'un « logo nutritionnel », qui apporterait aux consommateurs des informations fiables sur la qualité nutritionnelle des produits, ne semble pas non plus avoir été retenue. Il est vrai qu'il y a, là, matière à controverse, car selon les experts, "il n'y a pas de bons ni de mauvais aliments, mais seulement de mauvais régimes".

Chapitre VII : Agencement du Plan Obésité et des formes locales de mobilisation

Impulsé au niveau central, le PO tend à rendre compte, au même titre que d'autres politiques sectorielles, d'un mouvement de recomposition de l'action publique dans la santé, que les chercheurs en sciences sociales synthétisent sous la notion de gouvernance. Ce terme fait aujourd'hui « autorité » pour Vincent Simoulin (2003, pp. 314-317). Parmi ses différentes acceptions, on retiendra l'idée que la gouvernance apparaît « comme un nouveau mode de gouvernement qui aurait plus ou moins remédié au déficit de légitimité et d'efficacité que connaissait l'action publique depuis la crise de l'État-providence ». Les différentes mesures ou actions du PO démontrent, avec acuité, que la politique de prévention et de prise en charge de l'obésité a su s'affranchir des limites traditionnelles de l'action de l'Etat. Elle associe, à la « fabrique de l'action publique » (Bergeron *et al.*, pp. 201-229), de nouveaux opérateurs comme les collectivités territoriales, les acteurs du monde économique, des associations, ainsi que des spécialistes de la santé et autres scientifiques, qui participent au processus de coproduction de la politique de santé publique.

La sociologie, l'anthropologie ou la psychologie ont déjà démontré que, pour des questions complexes relevant de l'économie, du social, ou de la santé, la prise de décision impliquait l'arbitrage de plusieurs institutions appartenant à la sphère publique ou privée de façon indifférenciée, en prenant le territoire comme espace de référence. C'est particulièrement vrai, selon Alain Bourdin *et al.* (2005, pp. 13-18), pour tout ce qui concerne la prévention ou la gestion des risques. S'il prend comme référence l'environnement, son assertion est tout à fait transposable à l'obésité quand il constate que les actions à mettre en œuvre « sont envisagées à partir du monde proche, c'est à dire de comportements que chacun d'entre nous peut avoir dans son environnement immédiat. Cela ne signifie pas que l'on ne comprenne pas que le risque est également affaire de politiques publiques générales, mais la porte d'entrée demeure la proximité. Le bottom-up l'emporte dans la perception et la pensée, comme dans l'action ».

Pour ce qui est de la prévention et de l'offre de soins pour la prise en charge des sujets obèses, les initiatives territoriales sont encore peu nombreuses. Deux réseaux de santé jouissent d'une exposition médiatique depuis une dizaine d'années. Le premier, d'initiative publique, bénéficie de la reconnaissance institutionnelle du PO. Il s'agit du « Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie » (RePPOP). Le second, présenté par la députée Valérie Boyer (2008, pp. 55-56), comme un « programme privé de prévention de l'obésité chez l'enfant », échappe étonnamment au cadre officiel du PO tout en profitant du soutien affiché de quatre ministères.

Bien que de nature différente, ces formes locales ont participé à l'entrée dans l'espace public de l'obésité. Elles ont fondé leur action sur une réflexion identique : la prévention et la prise en charge de l'obésité dépasse les bornes actuelles de l'exercice médical pur et impose la mobilisation de forces coordonnées, que ce soient des experts scientifiques, des associations, des élus ou des acteurs du monde économique et non pas exclusivement l'Etat.

1. Les RePPOPs ou l'affirmation d'un réseau public de soins coordonnés pour la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique ont précédé la création d'EPODE, puisqu'ils ont été instaurés en 2003. La démarche est certes plus « classique » dans sa conception, puisque qu'elle part de l'initiative des autorités publiques avec la DHOS, mais n'en reste pas moins novatrice. Elle fait de l'hôpital « un acteur décisif de la santé publique locale » (Didier Fassin, 1998, p. 29) en le positionnant comme le contributeur principal des décisions prises dans la prévention de la maladie mais, également, dans la promotion d'une politique de santé publique au niveau régional. La description et l'analyse de la trajectoire de ces réseaux ont été réalisées à partir de l'entretien que nous a accordé le professeur Maithé Tauber, Présidente du RePPOP de Toulouse et Présidente de la coordination

nationale des RePPOPs. Elle fait partie, avec le professeur Claude Ricour, pédiatre et professeur de nutrition à l'hôpital Necker, de ces « croisés » dont les messages d'alerte ont participé au niveau local, à l'institutionnalisation d'un programme avec un triple objectif de prévention, de dépistage et de prise en charge de proximité du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

1.1. Le réseau ville-hôpital comme modèle de l'organisation des RePPOPs

La mise en réseau de la prise en charge de l'obésité part de l'échec d'un modèle de soins où l'organisation, l'évaluation des résultats et le financement, étaient entièrement assurés par l'hôpital. Ce constat, explique le professeur Maithé Tauber, est basé sur des études épidémiologiques qui ont démontré que le système n'était pas parvenu à enrayer la progression inquiétante de l'obésité en pédiatrie :

« ...l'idée qui a même prévalu, c'était : nous sommes en échec dans la prise en charge, en tant que professionnel de santé et... en tant que médecin dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Et pourquoi nous sommes en échec ? Parce que nous avons besoin de compétences et d'évaluer nos compétences et puis, nous avons besoin d'être ensemble. Et puis..., on a besoin de décloisonner le système de soins en France, qui fait que les personnes qui devraient venir nous voir, on ne les voit pas finalement [...]. Donc, c'est un échec, parce que depuis toujours, on sait très bien qu'il y a moins de 30 % des personnes qui ont un succès en terme de corpulence. Quant au succès, il y en a beaucoup qui rechutent c'est vraiment un échec thérapeutique, un échec de la prise en charge... ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

De ce constat, s'est imposée l'idée d'une refonte de l'organisation du système de soins en passant d'une démarche autocentrée sur l'hôpital à une approche transversale avec le maillage du territoire par des structures autonomes constituées

pour la plupart, sous la forme d'associations et coordonnées à l'échelon national. Si la majorité des dix entités actuelles reste adossée à des établissements de santé de type CHU, l'objectif est bien de dépasser les effets du cloisonnement hospitalier au profit d'une mise en proximité des professionnels autour de l'enfant, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou associatifs. Toulouse a été précurseur de la démarche en 2002 et a su très tôt mobiliser un ensemble de partenaires des secteurs publics (Ville de Toulouse, Education nationale...), para-publics (CAF, CPAM...), ou associatifs. Cette expérience a été pleinement profitable à la structure toulousaine puisque, elle a bénéficié du contexte favorable des deux premiers PNNS pour obtenir le financement par le Ministère de la santé, d'un poste de praticien hospitalier et d'une diététicienne. Mais, à la différence du programme EPODE dont l'autonomisation doit beaucoup à l'apport des bailleurs de fonds privés, la participation des acteurs privés est restée marginale pour l'association :

« C'est variable, soit c'est des laboratoires pharmaceutiques mais pas toujours. On a travaillé avec des mutuelles, on a travaillé avec des associations, on a travaillé avec la Caisse d'Epargne... Ce ne sont pas des partenaires fixes. La Caisse d'Epargne s'est engagée pendant trois ans et elle est repartie... ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

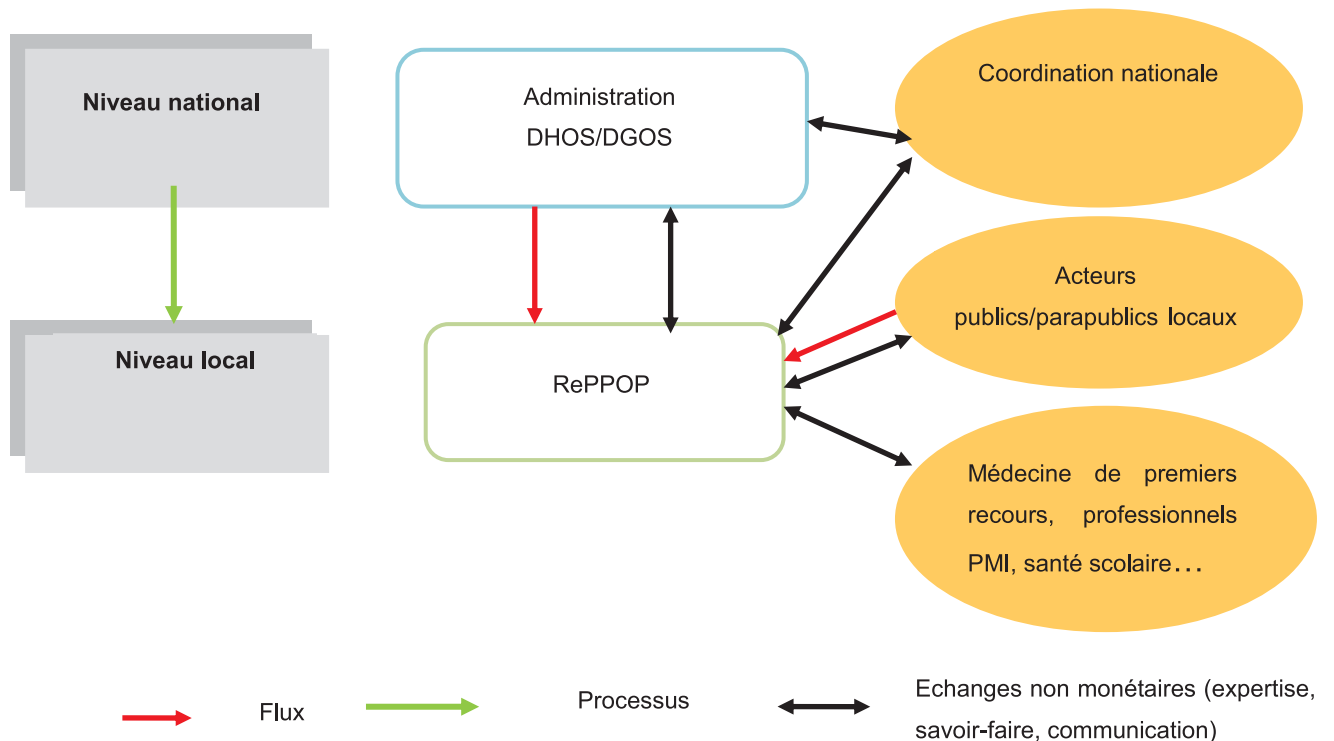
Pour ce PUPH, l'intervention de ces opérateurs privés place le système dans une contradiction avec un sentiment d'écartèlement entre la nécessité de pérenniser la gouvernance actuelle par l'appui de financeurs privés et la crainte de voir la puissance des intérêts marchands comme l'industrie pharmaceutique, s'affirmer dans le domaine du soin où l'éthique est une valeur cardinale.

« La prise en charge c'est très différent de la prévention, c'est très difficile d'avoir la prise en charge pour les patients obèses parce que les réseaux font les deux. EPODE ne fait pas la prise en charge. Dans la prévention, on peut travailler avec public/privé mais dans la prise en charge, c'est plus

compliqué de mêler les partenaires privés [...]. Oui, le problème, c'est la dimension du soin... les gens ne voulaient pas qu'on mette le nom de SANOFI sur les outils [...]. Je trouve que c'est vraiment dommage, car ça nous empêche d'avoir des moyens et, je ne vois pas pourquoi. Et, c'est pour cela qu'après on critique beaucoup les liens entre l'industrie pharmaceutique et les médecins mais, si on était plus clair, s'il y avait plus de transparence, si c'était accepté, ce serait plus simple ou alors il faudrait faire une fondation pour l'obésité ».
 (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

Contrairement à EPODE, où l'institutionnalisation du programme peut être vue comme un processus de type « bottom-up », l'approche est plutôt du type « top-down » avec l'Etat en chef promoteur d'une initiative locale innovante (Figure 12) :

Figure 12. Représentation des interactions et des flux financiers entre les acteurs des réseaux RePPOPs



La lettre de mission publiée sur le site du Ministre de la santé et adressée au Professeur Claude Ricour en décembre 2002 est particulièrement explicite. Elle est révélatrice d'une situation de crise où, face à « l'explosion »³⁴ de la prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'incapacité du système de santé à apporter des solutions adaptées face à la gravité de la maladie, l'autorité publique décide d'engager un programme d'action avec la création d'un réseau. Soutenu par la DHOS, il a pris appui sur trois sites expérimentaux, dont celui de Toulouse.

A l'instar d'autres modèles de réseaux spécialisés comme ceux concernant la lutte contre le SIDA, par exemple, l'Etat, dans ce modèle, n'intervient pas en tant que producteur de normes. Il laisse aux acteurs locaux du réseau une grande latitude pour définir leurs objectifs, le calendrier des actions, les indicateurs de suivi, mais il conserve la maîtrise des « règles du jeu » (Borraz, 1998, pp. 315-323). Le développement d'un réseau obésité en faisant des CHU la figure centrale de l'organisation des soins comme préconisé dans le PNNS2, s'inscrit totalement dans cette logique. Il dispose cependant du levier des finances. Dès l'origine, les RePPOPs ont été soutenus par des fonds publics issus de l'Etat et de l'assurance maladie. Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), désormais placé sous la double tutelle des ARS et du Comité national de gestion du FIQCS, représente aujourd'hui, la part principale de ces ressources. Son renouvellement triennal est conditionné à une évaluation des résultats d'activité réalisée par l'INSERM. Les RePPOPs bénéficient enfin du concours du Groupement Régional de Santé Publique, des Collectivités locales, de l'Education nationale...

³⁴ Il s'agit du terme retenu par le Ministère de la santé dans la lettre de mission adressée au Professeur Claude Ricour, le 4 décembre 2002, pour le développement d'un réseau de santé Ville-Hôpital.

1.2. La centralité de l'hôpital dans l'organisation des soins en réseau

La forme associative n'altère pas la prégnance dans le réseau de l'hôpital, elle lui est même consubstantielle pour le professeur Maithé Tauber :

« Nous avons élaboré le modèle du RePPOP en disant : au minimum, il faut qu'un réseau de prise en charge, de prévention de l'obésité de l'enfant ait un hôpital. Il faut organiser la médecine de ville et organiser toutes les institutions autour de l'enfant avec en particulier, l'éducation nationale, les crèches, toutes les activités de loisirs de l'enfant pour que eux-mêmes soient porteurs de ce message de dépistage et de prévention ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

La position cardinale de l'hôpital se double d'une centralité symbolique puisque, dans la plupart des RePPOPs, le siège de l'association est abrité par un établissement de santé. Pour Toulouse, il s'agit du CHU. C'est autour de cette entité que s'organisent les activités de formation des professionnels, de diagnostic et de soins aux enfants. Pourtant, bien que les modalités de la prise en charge en institution aient montré leurs limites, voire leur « échec » selon notre interlocutrice, l'hôpital conserve une influence considérable. Il tire sa légitimité non seulement de ses moyens d'action et de sa capacité à guérir, mais aussi de sa faculté à mobiliser des savoirs experts au travers de ses professionnels et en tout premier lieu, de ses professeurs d'université.

L'édifice repose sur un comité à la tête duquel on retrouve Maithé Tauber dont l'action est soutenue par une équipe pluridisciplinaire : un praticien hospitalier pour la coordination administrative, un psychiatre, un psychologue, une diététicienne, une assistante sociale, un enseignant éducateur sportif, un éducateur de jeunes enfants. La coordination répond à une structuration en trois niveaux complémentaires (Aubry, 2007, pp. 73-77) qui assure l'équilibre du réseau, renforce son autonomie en

produisant des irréversibilités (Grossetti, 2004). La « coordination de proximité » est réalisée à partir des médecins de premier recours dont l'adhésion au réseau est conditionnée à une formation et à la signature d'une charte qui précise, en quinze points, les engagements respectifs des parties. Le RePPOP met à leur disposition un ensemble d'outils de communication (dossier médical partagé, affiches pour les salles d'attente, documents PNNS...) qui sont autant des supports institutionnels d'information destinés à faire connaître l'existence du réseau, que des aides au suivi médical régulier de l'enfant et de la famille dans le cadre de l'interface avec le réseau.

Ces outils apportent continuité et cohérence au parcours de soins. Pour ce qui concerne les activités de diagnostic et de bilan éducatif, celles-ci sont effectuées soit en ambulatoire, soit dans l'établissement de santé qui met à disposition son plateau technique et ses équipes pluridisciplinaires pour les cas les plus difficiles (Obésité sévère et/ou compliquée, maladie rare comme le syndrome de Prader-Willi). La « coordination d'appui » appartient au Comité de pilotage dont la fonction principale est l'agencement des différentes composantes indispensables à l'optimisation du parcours du patient, qu'il s'agisse, à titre illustratif, de l'organisation de la formation initiale et continue des membres du réseau, de la mise en cohérence des activités de prévention, de dépistage et de soins, ou de la création et de la diffusion des outils d'aide à la prise en charge des enfants en surpoids et/ou obèses. Cette prise de hauteur apporte une unité de vue au dispositif et tend à corriger les anomalies qui pourraient se glisser à l'interstice de l'articulation des différents professionnels du réseau. Enfin, le niveau du « pilotage » correspond à la fonction politique du dispositif, sur laquelle repose le poids de la gestion administrative et des ressources humaines, les relations avec les autres réseaux régionaux et nationaux (diabète, précarité, parentalité...) et les partenaires institutionnels pour l'évaluation de l'activité et les demandes de financement.

La mise en réseau de l'obésité bouscule l'institution hospitalière dans le sens où elle lui impose de glisser d'une prise en charge clinique, à une prise en charge globale du patient avec un accompagnement dans son environnement social et familial. L'objectif est ici de maintenir, dans la mesure du possible, l'enfant dans son

cadre de vie. L'hôpital doit donc « sortir de ses murs » ce qui induit, pour ses professionnels, l'apprentissage du travail en équipe interdisciplinaire : médecins et puéricultrices de PMI pour la prévention, le dépistage et l'orientation des jeunes enfants, assistantes sociales, infirmières et médecins de santé scolaire pour le dépistage précoce. Le réseau ne se contente pas de diffuser des « savoirs constitués dans le cadre de l'hôpital » (Grosjean et *al.*, 2003, pp. 247-254). Il modifie les fondements des pratiques professionnelles et la reconfiguration des savoirs par le processus de collaboration interprofessionnelle avec les mécanismes des retours d'expérience sur le terrain, les évaluations et la mutualisation des formations.

Cette nouvelle forme d'organisation malmène également les pratiques de la médecine de ville. Le processus d'inclusion des enfants dans le RePPOP obéit à un formalisme particulier. Une communication est assurée par le médecin référent auprès de l'enfant et de ses parents afin de donner des explications sur le but et le fonctionnement du RePPOP et apporter des précisions sur les recommandations à suivre. S'ils adhèrent au parcours de soins, la prise en charge est organisée à l'issue de la signature d'un formulaire de consentement par les parents et les enfants. Ce devoir d'information a fait l'objet d'une enquête par une étudiante en médecine pour le RePPOP Ile de France (Chauveau, 2004, pp. 12-23). Par-delà l'obligation réglementaire de la recherche d'un consentement éclairé, l'enquête révèle la force symbolique de l'écrit et de la signature apposée aux bas du document pour des enfants de huit ans qui ne sont pas coutumiers du fait. Elle met également en évidence l'importance du travail de conviction que mènent les médecins auprès des parents et des enfants pour aborder les questions liées aux changements des habitudes alimentaires, des modes de vie, au développement d'une activité physique. Mais l'enquête souligne aussi les difficultés des trois parties lors des entretiens d'inclusion. Pour les médecins de premiers recours, la conduite de ces entretiens associée aux formalités d'inclusion leur demande deux fois plus de temps que des « consultations standards ». La difficulté est double. Il faut faire appréhender aux parents les enjeux d'un parcours de soins exigeant et aborder avec des enfants des notions qui leurs paraissent abstraites.

Les résultats sont concluants. C'est ce que démontre une enquête non publiée, en page suivante (Tableau 4), réalisée par les RePPOPs d'Île de France (Paris), de Midi-Pyrénées (Toulouse) et de Franche-Comté (Besançon) (Olivier et *al.*, 2011).

3 233 enfants en surpoids ou obèses ont été répertoriés pour l'ensemble des trois réseaux et 3 100 professionnels ont été formés. L'analyse n'a porté véritablement que sur 830 enfants, ceux ayant bénéficié d'un suivi effectif sur la période courant de fin 2003 à fin 2006, au rythme d'une visite mensuelle au cours des six premiers mois, puis, par la suite, tous les trois mois ; 50 % des enfants sont qualifiés « de perdus de vue » compte tenu d'un suivi insuffisant. Les résultats font état d'une diminution ou d'une stabilisation de la courbe de l'IMC dans plus de 87 % des cas. On observe une forte différence entre le groupe pubère et le groupe des enfants les plus jeunes, dont le risque d'aggravation est significativement plus élevé. Cette différence, selon cette étude, trouverait une double explication complémentaire par une moins forte sensibilisation des soignants à la prise en charge des jeunes enfants et des facteurs génétiques et/ou épigénétiques différents.

Tableau 4. Evolution du z-score d'IMC après deux ans de suivi (répartie en 4 groupes : réussite, amélioration, stabilisation, aggravation) selon l'âge des enfants à l'inclusion

Evolution du z-score d'IMC ³⁵	Total n (%)	< 6ans n (%)	Pré-pubères n (%)	Pubères n (%)	Post-pubères n (%)
Réussite (z-score < -2 ou IMC < 97 ^{ème} P)	144 (17,4%)	15 (14,2)	51 (14,7)	54 (19,1)	24 (25,3)
Amélioration (z-score < -0.25)	392 (47,2%)	38 (35,9)	166 (48,0)	155 (54,7)	33 (34,7)
Stabilisation (-0.25 < z-score < 25)	189 (22,8%)	24 (22,6)	87 (25,1)	50 (17,7)	28 (29,5)
Aggravation (z-score 0.25)	105 (12,7%)	29 (27,4)	42 (12,1)	24 (8,5)	10 (10,5)

Source : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RePPOP) : approche pluridisciplinaire et résultats après deux ans de suivi – Olivier, Dabbas, Negre et *al.*, 2011. Enquête publiée avec l'autorisation du professeur Maïthé Tauber.

1.3. De la nécessité de développer des liens faibles pour assurer l'expansion des RePPOPs

L'étude du RePPOP de Toulouse permet de mettre en lumière une configuration de relations faites de liens forts avec le CHU placé au cœur de la coordination. Ces liens forts sont indispensables à la stabilité du réseau et obéissent à des relations interpersonnelles dont l'intensité se mesure à la force de conviction et au leadership de sa présidente :

³⁵ Inséré depuis 1995 dans le carnet de santé des enfants, le z-score d'IMC permet d'évaluer la surcharge pondérale de l'enfant. Cette méthode de calcul consiste à ajuster la valeur de l'IMC aux paramètres de l'âge et du sexe.

« ...cela veut dire qu'il faut aller frapper à toutes les portes, inviter les personnes, passer du temps à travailler ensemble, passer du temps à recoller les morceaux par derrière : « moi je ne viens plus à cette réunion parce qu'il y a lui », mais dire « il faut que tu viennes ». Eh bien ! J'en ai assuré beaucoup, aujourd'hui, j'ai cette équipe qui existe depuis de nombreuses années, elle me remplace mais pas pour tout, c'est quand même relativement épuisant de faire ça [...]. Parce que je suis reconnue comme quelqu'un qui peut fédérer pas mal de choses. La maladie rare... et bien voilà ! On m'a demandé d'être présidente de la fondation, je n'ai rien fait pour. On me l'a demandé parce que je crois que j'ai montré, il faut avoir cette opiniâtreté, se dire que c'est important. J'ai toujours cru que l'obésité depuis très très longtemps depuis 92, ce n'était pas à la mode, tout le monde se moquait de nous ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

Si l'on transpose la grille de lecture de Mark Granovetter (1974) à notre analyse, cette configuration présenterait un risque, celui d'engager le réseau vers un repli sur lui-même qui pourrait limiter son autonomie. C'est ce que démontre Michel Grosjean et *al.* (2003) dans l'expérience du réseau ville-hôpital de Mâcon : les liens forts construits autour de l'établissement de santé peuvent brider les initiatives, voire freiner l'entrée de nouveaux membres. Les financements sont subordonnés à l'existence de marges de manœuvre des autorités de tutelle et de l'hôpital qui sont aujourd'hui réduites. Le RePPOP Toulouse bénéficie de ressources mixtes depuis sa création avec, principalement, la dotation régionale versée par l'ARS et, un complément de financement assuré par le CHU, pour les postes de PUPH et de diététicien. Ce montage donne le sentiment d'une certaine fragilité de l'association, car sa capacité à mobiliser des moyens supplémentaires est limitée, ce qui ne lui permet pas d'asseoir durablement sa pérennité pour les années futures. C'est ce que nous explique la présidente :

« Malheureusement, ce n'est pas pérenne car aujourd'hui, c'est l'ARS qui finance... Le problème, c'est que l'on a des personnes pour lesquelles on ne peut pas signer de CDI quand on les embauche à l'hôpital. Maintenant, on les embauche dans notre association puisqu'avant, on faisait des contrats, des conventions entre notre association et l'hôpital et, maintenant l'ARS verse à l'hôpital directement la somme lorsque les salariés veulent être salariés à l'hôpital, en sachant que du coup, ils n'ont qu'un CDD. Et puis, ceux qui veulent un CDI, ceux qui ont travaillé depuis longtemps, c'est notre association qui les salarie et là on peut. L'hôpital ne va pas signer vous le savez bien un CDI s'il n'a pas les fonds et ça, ça pose un vrai problème ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

Cette double tutelle financière de l'ARS et du CHU pèse sur l'autonomie de l'organisation au niveau de la prise de décision. Le refus opposé à la présidente, tout d'abord, par l'Etat, puis par l'ARS, au recrutement d'une personne chargée de la communication avec la mission de faire connaître le réseau, en est un exemple.

Pour assurer durablement son expansion, le RePPOP devra développer des liens « faibles ». Ce sont des ponts destinés à convaincre les *gatekeepers* de l'obésité au niveau national (DGOS) et/ou au niveau régional (ARS), de la légitimité d'une démarche dont les objectifs sont de faire reconnaître le travail de la coordination, le soutenir financièrement y compris au niveau des intervenants extérieurs pour les soins de premier recours, avec une amélioration de la tarification des prestations. Pour Maithé Tauber (2011, pp. 273-275), l'enjeu est double : « maintenir à un niveau optimum les RePPOPS existants et, dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires et du Plan obésité, décliner cette organisation sur le territoire »³⁶. Cette solidification du réseau ne dépend pas uniquement de sa nécessité sociale et de ses résultats encourageants. La sociologie de la traduction l'a déjà démontré avec Michel Callon (1986) et Bruno Latour (1992). L'irréversibilité des réseaux passe par des

³⁶ La lettre de mission du Professeur Ricour sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité, prévoyait l'implantation d'une vingtaine de réseaux en France.

alliances avec des acteurs qu'il faut savoir enrôler pour les rallier à sa cause. Pour le RePPOP, le jeu des alliances suppose un rapprochement avec le champ de l'obésité adulte. Ce rapprochement est d'autant plus nécessaire que la stratification de l'offre de soins laisse percevoir une segmentation du corps avec l'enfant et l'adolescent d'un côté, et, l'adulte de l'autre. Cette catégorisation des risques, selon le Professeur Tauber serait contraire à l'unicité de la prise en charge et représenterait une source de dilution des ressources :

« ... je l'ai vu même avec Patrick Ritz, je lui ai expliqué très souvent comment on fonctionnait et ça rentre pas dans les schémas classiques et c'est différent. Je voyais souvent qu'il repartait et je disais : « mais, nous on l'a déjà fait », on a fait... par exemple, pour la formation des professionnels à l'obésité, cela a été long de leur faire entendre qu'on avait déjà nous, 450 médecins formés. Partons de ceux-là, partons de ceux qui sont formés à l'obésité de l'enfant. Formons les pour l'obésité de l'adulte après on verra bien... Chaque fois que je disais « mais ça nous l'avons fait pour l'obésité de l'enfant depuis neuf ans ! » « Ah bon ! ». Je me suis rendue compte à quel point cette idée n'était pas facile comme identifier l'éducation thérapeutique du patient : nous, nous avons fait des choses à l'hôpital mais on a fait des choses à l'extérieur, on a travaillé dans les centres d'examen de santé qui sont des structures de la CPAM qui voient les enfants, qui dépistent les problèmes d'audition, qui font des prises de sang, ils ont vraiment un rôle à jouer ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

« Vous voyez, il y a sept ans, on disait il n'y a pas de chirurgie pour adolescents qui présentent une obésité, mais non ! On se pose la question : « mais pourquoi pas finalement ? » Quand on voit le parcours de vie de ces personnes... Moi, j'ai assisté à de nombreuses réunions pour la chirurgie de l'obésité adulte et l'on voit qu'elles sont obèses depuis quarante ans ces femmes. Là, pour le coup, sur le plan économique, psycho-social, on est nul ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

Il convient d'envisager la future création du centre spécialisé pour la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée au CHU, comme un moyen d'assurer la liaison entre les deux champs et de combiner les ressources en permettant au RePPOP de se faire reconnaître en tant que réseau constitué. Soutenu par l'ARS dans le cadre du PO, le nouveau dispositif va permettre de capitaliser les efforts de professionnels qui partagent les mêmes convictions en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge du surpoids et de l'obésité, de l'enfant à l'adulte.

2. EPODE ou comment des opérateurs privés organisent la lutte contre l'obésité chez l'enfant

« Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants » (EPODE) dont l'appellation a été récemment modifiée au profit de « Vivons en forme », est une organisation créée en 2004 à l'initiative d'un médecin nutritionniste exerçant dans le secteur libéral, le Docteur Jean-Michel Borys³⁷. A sa source, une étude réalisée, en 1992, dans deux

³⁷ Henri Bergeron et al. (2011, p.12) attribue au Docteur Horet, endocrinologue au CHU de Lille, la paternité du programme d'éducation alimentaire à l'origine du programme EPODE créé par le Docteur Borys. Ce dernier, dans un entretien accordé au quotidien « Libération » (Cabut, 2004), explique comment a germé l'idée du programme lors d'un séjour en Californie en 1988, « en voyant un grand panneau « Sausalito Cholesterol Free » : « Le pharmacien m'a expliqué qu'il s'agissait d'une

villes du Nord-Pas-de-Calais, Fleurbaix-Laventie Ville Santé (FLVS) dans le but d'évaluer l'influence de l'éducation alimentaire des enfants sur les changements de comportements alimentaires dans la famille.

2.1. Le partenariat public-privé érigé en modèle de réseau de prévention de l'obésité

Le partenariat public-privé était au cœur des débats du second colloque national des « villes actives du PNNS » organisé par le Ministère de la santé à Marseille, le 13 octobre 2011. Les différents ateliers ont souligné une prise de conscience et une implication toujours plus importante des collectivités locales autour des questions touchant à l'alimentation et au rapport nutrition-santé-obésité. Voici ce que déclaraient quelques élus lors de la séance plénière³⁸ :

« La ville, point de contact entre le rural et l'urbain, est le lieu des échanges, sur les marchés, les foires. Par ailleurs, nous sommes tous en charge de lieux de vie. La question de l'alimentation se pose ainsi car nous proposons des repas à de nombreuses personnes, à tous les âges » (Adjointe au maire, déléguée au territoire, de Nancy et, conseillère communautaire, présidente du Réseau Villes Santé OMS).

campagne de dépistage et de sensibilisation au cholestérol. Je me suis dit qu'on pouvait s'en inspirer pour monter quelque chose dans la région ».

³⁸ Le compte rendu de la séance plénière a été diffusé sur le site du Ministère de la santé

« Les collectivités territoriales sont les organismes de rattachement où les jeunes mangent le midi. La ville de Dijon sert ainsi près de 8 500 repas par jour et le conseil régional de Bourgogne, 50 000 repas quotidiens. L'accès à l'alimentation relève non du PNNS mais de l'action sociale des collectivités » (Conseillère régionale de Bourgogne, présidente de la Conférence régionale santé autonomie de Bourgogne).

L'implication dépasse, pour certains, ce seul cadre. Elle s'impose comme une véritable « responsabilité morale » de l'élu à l'égard de la santé de ses administrés. C'est le cas de ce médecin hospitalier à la retraite, qui conduit depuis cinq la « Commission santé » de la ville active PNNS de Castelnaudary. Elle nous explique qu'elle « peine chaque année à constituer son budget », mais que « la nutrition touche à des questions de précarité » et qu'il est tout à fait « normal que la mairie s'empare de ces questions ».

« Pourquoi s'engager ? L'alimentation est un agent de prévention essentiel contre l'apparition de maladies cardiovasculaires lourdes. Elle est particulièrement marquée par le fait social et les inégalités en matière de surpoids sont très fortes. Rennes a compris qu'en tant que commune, elle avait la capacité de mobiliser l'ensemble des partenaires pour avancer sur ces sujets » (Conseiller municipal délégué aux sports et à la nutrition santé de la ville de Rennes, au titre de l'Association des élus santé publique et territoire).

« Le département de la Moselle, qui compte un peu plus d'un million d'habitants, s'est impliqué très tôt dans une démarche nutrition santé pour contribuer au bien-être des populations de façon innovante et transversale. Les caractéristiques épidémiologiques et démographiques de ce département à vocation industrielle ont fait apparaître une espérance de vie inférieure à celle de la population française ainsi qu'une surmortalité liée à des pathologies cardiovasculaires notamment. Celle-ci pouvait être partiellement amendée par une action du conseil général, l'obésité étant fortement en cause » (Conseiller général de Moselle, vice-président de la Commission des affaires économiques, Assemblée des départements de France).

« En vertu de l'adage selon lequel « gouverner, c'est prévoir », je crois qu'un élu doit anticiper les facteurs de bonne santé de ses concitoyens. En nous lançant dans le projet EPODE, nous avons tenté de prendre en compte toute une population » (Adjointe au maire de la ville de Béziers, déléguée à la santé publique, au titre du Club des maires « Vivons en forme », Ex EPODE).

Le directeur de l'agence de marketing social « Protéines », partenaire du programme, précise que les élus sont assez motivés, car « ils ont vite compris que c'était un sujet politique par excellence ».

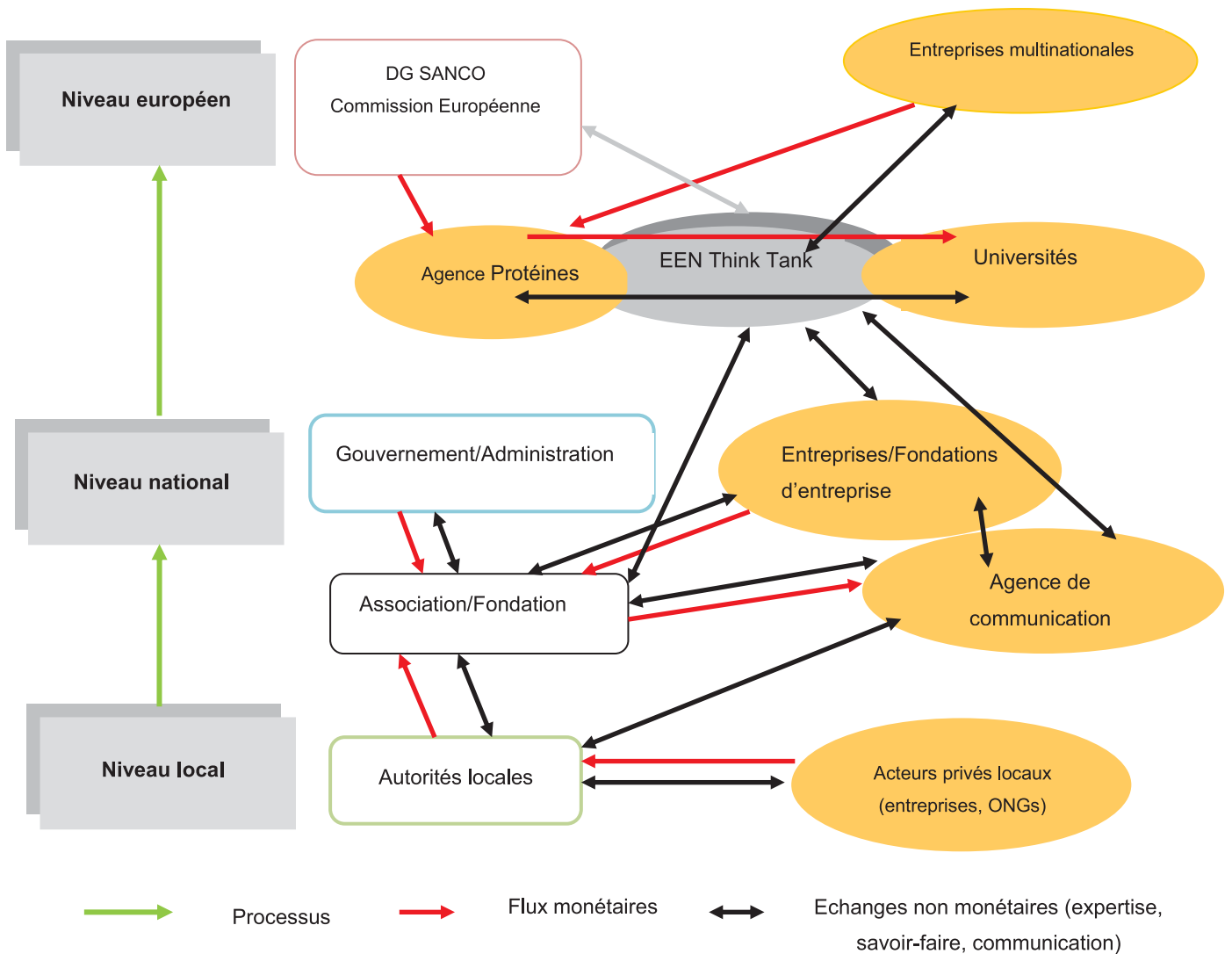
La directrice marketing international du groupe Ferrero explicite le but du dispositif. Il s'agit de « réunir des experts scientifiques, nutritionnistes et du marketing, pour aider les pouvoirs publics et ceux du secteur privé et les sensibiliser sur ces questions ». C'est une initiative privée qui se veut ensuite, respectueuse de règles déontologiques puisque « des sociétés privées comme Ferrero, contribuent nationalement au programme mais sans avoir aucune intervention sur le contenu du

programme ». Enfin, le programme répond à une recherche de proximité avec les acteurs locaux afin de s'affranchir des obstacles administratifs, et « passer par les gens actifs sur le terrain ». Cette action publique de proximité expliquerait les raisons du succès du programme.

Le succès de la démarche se déclinerait à la fois au niveau qualitatif et quantitatif. Le dossier de presse diffusé en mai 2010 par l'agence « Protéines » pour les cinq ans de la création d'EPODE, présente les résultats de la prévalence de l'obésité mesurée dans dix communes pilotes du programme sur la période de 2005 à 2009. La baisse de plus de 9 % enregistrée sur un effectif total de 23 617 enfants âgés de 5 à 12 ans est présentée comme significative. En 2010, plus de 226 villes ont adhéré à EPODE, 180 000 enfants ont été mesurés et pesés dans les écoles et quatre millions de personnes seraient concernées par le programme.

Ce multipartenariat dans la prévention de l'obésité a fait l'objet d'une évaluation lors du colloque national. Thomas Alam, chercheur au CNRS à Lille, a procédé à un travail de découpage des relations entre tous les « *multi-stakeholders* » afin de décrire le processus d'institutionnalisation du programme. Ce processus est décrit dans la figure 13, en page suivante :

Figure 13. Représentation des interactions et des flux financiers entre les acteurs du réseau EPODE



Source : Le programme EPODE – Thomas Alam – Second colloque des collectivités territoriales associées au PNNS – 13 octobre 2011

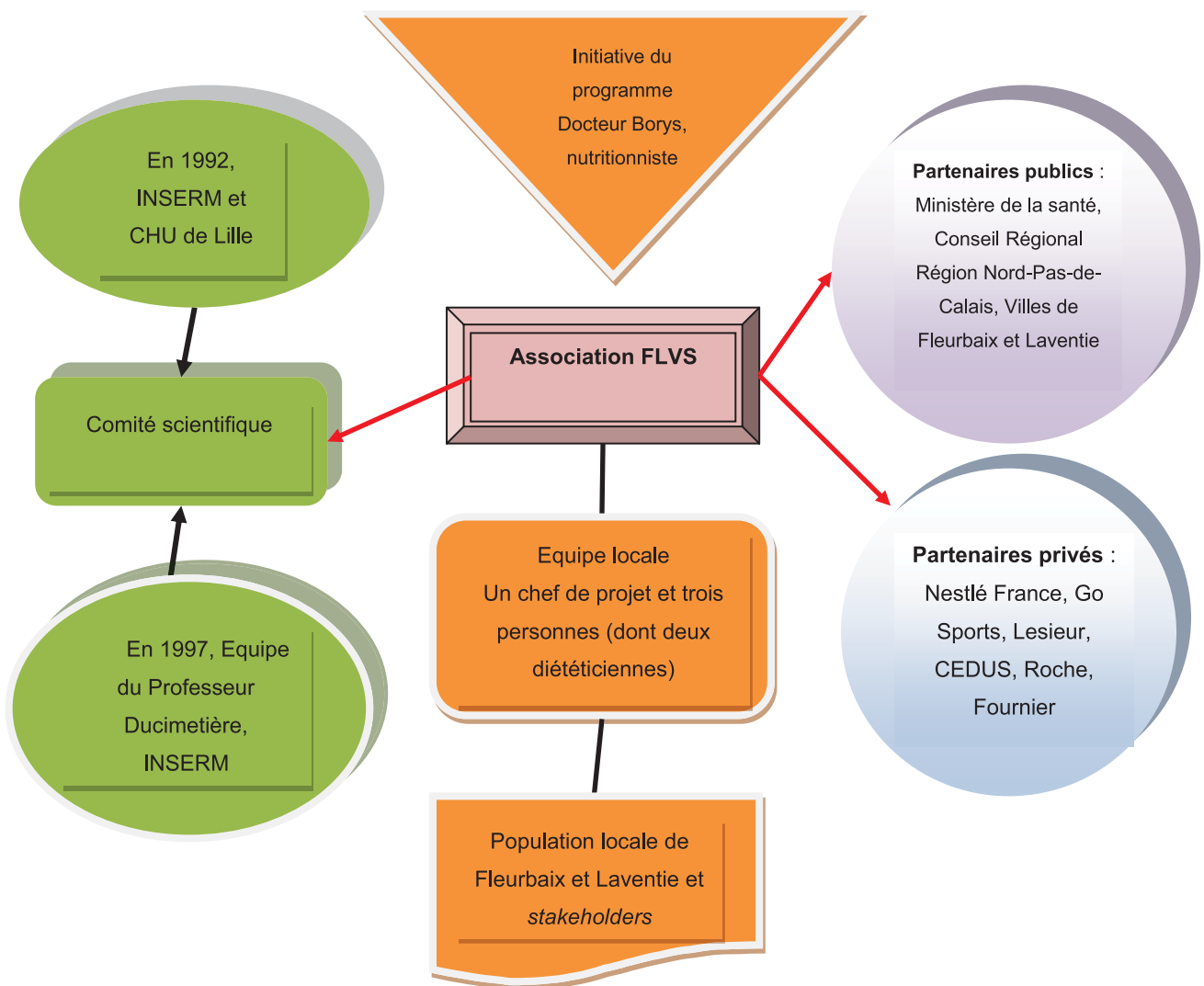
L'intérêt de ce travail est de mettre au jour les interactions entre les acteurs du réseau et les flux financiers qui les relient. Il permet de saisir la manière dont les opérateurs privés s'accordent avec des opérateurs publics pour devenir des acteurs incontournables, au niveau local, de la prévention de l'obésité. La démarche s'apparente très directement aux travaux de Michel Grossetti sur la « sociologie de l'imprévisible » (2004) et plus récemment, sur « La vie en réseau » (2011). Michel Grossetti introduit trois niveaux d'analyse que l'on peut tout à fait transposer à EPODE : le niveau micro, c'est à dire le niveau local ; le changement d'échelle avec la spécialisation de l'entité sociale qui renvoie aux notions clés de « monde » de

Becker ou de « champ » de Bourdieu ; le niveau macro qui renvoie à la bifurcation de l'entité au niveau supranational.

2.2. L'initiative d'un « croisé » dans la structuration du réseau à l'échelon local

Au niveau micro, Thomas Alam (2011, p. 9) décrit le processus de transformation en « entrepreneur » (Poulain, 2009) du Docteur Jean-Michel Borys. Fort de sa position sociale, à la fois médecin et conseiller municipal dans une ville du Nord, il mobilise son réseau relationnel pour lancer le programme. Son action est relayée par une agence de conseil en nutrition qu'il a créé au niveau local et qui finira par s'encaster dans une agence parisienne de marketing social, l'agence « Protéines », moteur du programme au niveau national. En 1992, dans deux villes du Nord-Pas-de-Calais, Fleurbaix (2 500 habitants) et Laventie (4 400 habitants), ce médecin lance un programme d'éducation alimentaire. L'interaction de ces acteurs au niveau local, est présentée dans la figure 14, page suivante :

Figure 14. Phase 1 – 1992/1998 – Configuration des acteurs et des relations au niveau local lors de la création de l'association FLVS



Source : Présentation réalisée à partir du site www.epode.fr

La directrice marketing international de Ferrero raconte que l'objectif initial de cette configuration, est de faire passer des messages sur la nutrition aux « acteurs de la société civile, aux parents » par l'intermédiaire des enfants et de modifier, par cette voie, les comportements alimentaires. La région d'implantation est décrite comme une « zone difficile » avec un taux d'obésité des enfants de 5 à 6 ans supérieur à la moyenne nationale, 15,8 % contre 14,4 %. Le nutritionniste engage alors un processus de négociation où sont impliqués des médecins généralistes et des élus, ainsi que des enseignants, des chercheurs. Il mobilise de façon

concomitante, des ressources financières. De cette séquence d'actions naît un acteur collectif, une association loi 1901, Fleurbaix Laventie Ville Santé (FLVS), avec comme partenaires deux communes qui donneront le nom à l'association. Pour mener à bien ses missions, à savoir :

- créer un observatoire des habitudes alimentaires et du poids,
- mettre en place des études scientifiques,
- réaliser des actions de prévention santé auprès des populations,
- former des professionnels de la santé et de l'éducation,
- former toutes les personnes concernées par les problèmes de santé, de prévention et de nutrition,

l'association va adosser ses activités à des acteurs publics, le CHU de Lille et l'INSERM qui ont la charge de superviser les travaux scientifiques avec un soutien financier assuré pour les deux tiers, par des opérateurs privés (Nestlé, Lesieur, CEDUS (Centre d'études et de documentation du sucre) - Go Sport, les laboratoires Fournier et Roche) et par des opérateurs publics pour le complément : Ministère de la santé, la Région Nord-Pas-de Calais et les villes de Fleurbaix Laventie. Dans cette première phase du programme qui s'étale de 1992 à 1998, l'association s'efforce de créer des irréversibilités de façon à affirmer son existence.

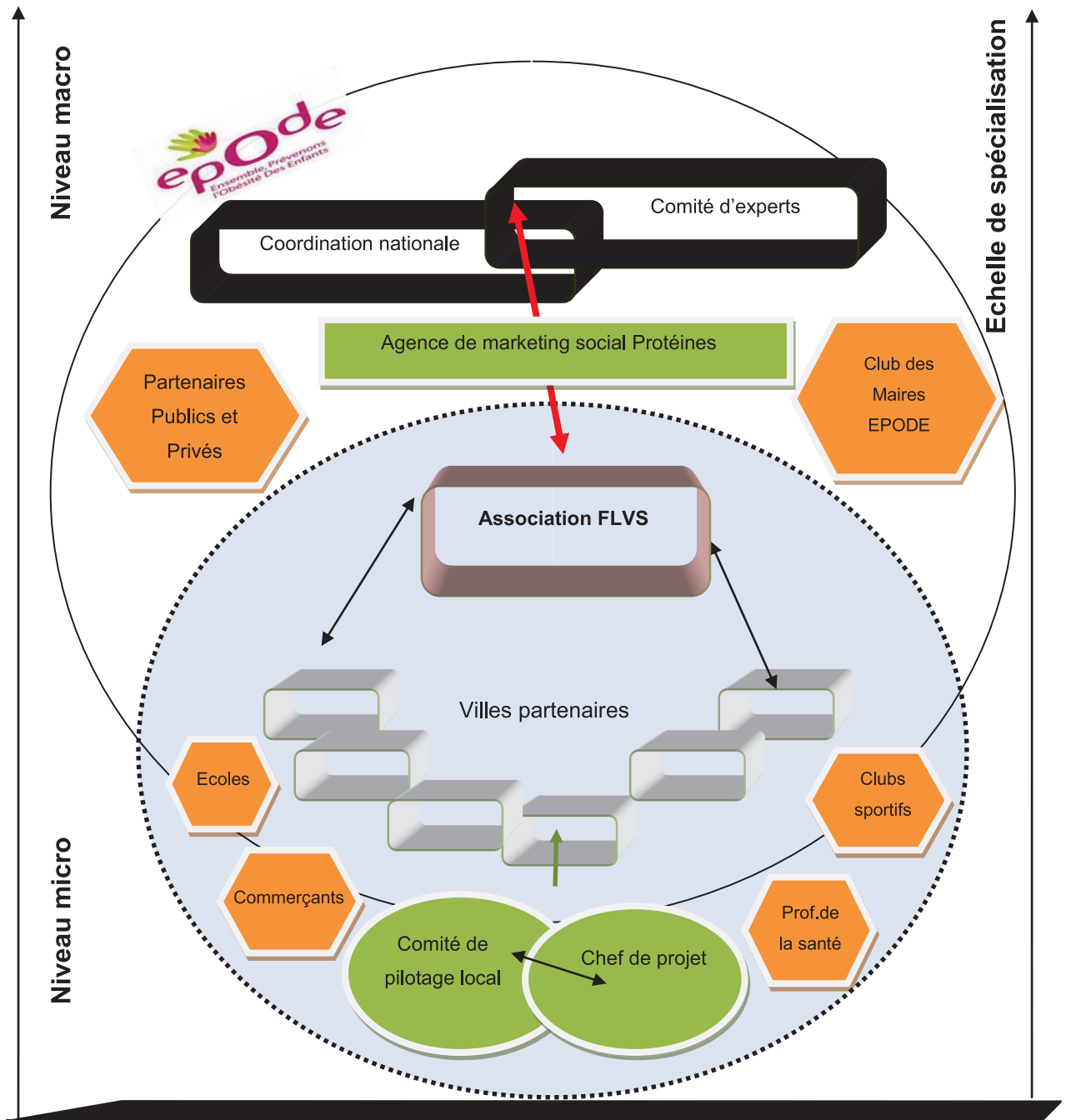
Il n'y a pas à proprement parler de spécialisation sur les questions de l'obésité puisque l'association centre son projet sur les maladies cardiovasculaires, l'obésité infantile n'étant pas encore reconnue par les autorités sanitaires comme une priorité de santé publique à cette époque. Le terrain de l'étude est circonscrit aux écoles et aux médecins généralistes de la ville. L'ambition du programme reste encore modeste : les enfants dans le cadre de leur programme scolaire, bénéficient d'une information nutritionnelle délivrée par les professeurs des écoles et font l'objet d'une mesure du poids, de la taille et des plis cutanés par la médecine scolaire.

2.3. Le changement d'échelles du réseau et sa spécialisation dans le champ de l'obésité

A partir de 1998, s'ouvre une seconde phase avec un déplacement du niveau d'action qui se caractérise par un changement « d'échelle des masses » et « d'échelle de spécialisation ». Le programme fait intervenir de nouveaux acteurs autres que ceux qui ont initié le programme : professionnels de santé, associations, commerçants, clubs sportifs, médias locaux... L'association se découple de son objet initial centré sur les maladies cardiovasculaires pour se spécialiser sur le champ de l'obésité. Il s'agit, dans cette deuxième étape, d'étudier sur une population âgée de 0 à 5 ans, les déterminants de l'adiposité et de la prise de poids. L'équipe de l'INSERM, à partir de la collecte des informations sur l'IMC réalisée dans la première phase et sur les carnets de santé, s'engage dans la construction d'un instrument de calcul de la vitesse de croissance des enfants.

Mais, le fait le plus marquant de cette séquence intervient en 2004, lorsque l'association décide d'étendre son action au niveau national à dix villes pilotes soutenue par « Protéines ». Sur le site Internet de l'agence, on peut lire, que son expertise consiste à mettre en forme des « programmes de prévention qui permettent d'influer sur les comportements, en participant au plus près à la vie quotidienne de la population, contribuant ainsi à la création de nouveaux modes de transmission d'un mode de vie sain, rempart contre les maladies chroniques et l'obésité ». Cet assemblage conduira au lancement du programme « Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants ». L'opération est constituée de plusieurs étapes particulières qui représentent un deuxième niveau « d'irréversibilités » avec des séquences d'action où l'association de FLVS se découple de ses missions initiales pour s'encaster dans cette nouvelle entité et se spécialiser. C'est ce que nous démontrons dans la figure 15. Ce faisant, elle reconfigure ses règles de fonctionnement et ses relations et perd de son autonomie pour devenir « un simple établissement ».

Figure 15. Phase 2 – 2004/2007 - Processus de découplage à FLVS et d'encastrement à EPODE



La nouvelle entité prend la forme d'un programme de prévention primaire qui repose sur la mise en adéquation de quatre composantes :

Au niveau macro, deux organes ont en charge la conduite du dispositif : une coordination nationale à la tête de laquelle on retrouve le Docteur Borys, la directrice

de l'agence Protéines et un comité d'experts composé de plus d'une dizaine de personnes avec des spécialistes en endocrinologie, en nutrition en pédiatrie, en médecine du sport, un économiste, un expert en marketing social, un élu. Au niveau local, des comités de pilotage sont mis en place. Ce montage renvoie à une forme de « servitude volontaire » (Avarquez, 2011, pp.166-178), car si les communes, sont libres d'adhérer à ce nouvel acteur constitué³⁹, leur autonomie est toute relative. Elles se trouvent dans l'obligation de recruter un chef de projet⁴⁰ formé par Protéines avec une dispensation de savoirs qui « dépasse le strict cadre de l'aide technique ou opérationnelle pour s'apparenter avant tout à un moyen de promouvoir l'agence, ses consultants ainsi que la pertinence du programme » (Alam, 2011, p.17). Si l'on poursuit avec Thomas Alam, les communes, par leur engagement, trouveraient un moyen de conduire « un projet-clé en main relativement bon marché » dans un domaine où elles n'ont aucune compétence, ainsi qu'un moyen de communiquer avec leurs administrés en se fondant sur la « croyance en la supériorité des compétences communicationnelles du privé ». Propos quelque peu radicaux, qui traduiraient principalement une préoccupation électoraliste (« engranger des dividendes symboliques ») et que l'on s'empressera de nuancer compte tenu de l'implication de certains élus, comme on a déjà pu le souligner. Le processus d'enrôlement à la nouvelle entité, trouve, en quelque sorte, un aboutissement en 2005 avec la création d'un « club des Maires » au label « EPODE » qui sert de fer de lance à la promotion du programme auprès des collectivités locales.

Le renforcement des relations avec les mécènes constitue enfin, le troisième pilier sur lequel s'appuie la nouvelle entité. Le dossier de presse de « Protéines », liste les partenaires privilégiés. Parmi les opérateurs privés, figurent de grands groupes de l'industrie de l'agroalimentaire, de la grande distribution et des

³⁹ La liberté d'adhésion à un coût. En effet, le montant de la cotisation au programme pour les villes est en moyenne de 6 000 euros par an.

⁴⁰ La chef de projet d'une ville du Sud Est de la France adhérant au programme depuis 2008, précise qu'il n'y a pas de profil type au niveau des recrutements des chefs de projet et « qu'ils sont souvent différents d'une ville à une autre ». Elle a ajouté lors de notre entretien, que pour ce qui la concernait, elle prenait la suite d'un « agent administratif du service enfance » de la ville alors qu'elle était de formation diététicienne avec un BTS et un Master de santé publique et de sociologie de l'alimentation.

assurances, classés selon une hiérarchie correspondant au niveau de l'engagement avec, trois groupes : le « fondateur », les « *gold partners* » et le « Club des partenaires EPODE »⁴¹. Pour les opérateurs publics, quatre Ministères (Santé, Education nationale, Agriculture et Ville) sont impliqués et leur contribution apparaît au bas de la plupart des supports d'information sous la forme de logos apposés à côté de la figure emblématique de la Marianne de la République Française.

Le partenariat public-privé serait une source de controverse car les contributeurs privés seraient accusés de participer au développement de l'obésité. La directrice du marketing international de Ferrero s'en défend :

« Ferrero est un gros investisseur en publicité. Certains médecins nous ont attaqués. Certains médecins y ont trouvé leur compte, ils ont diabolisé la chose alors que l'on ne communique pas sur l'enfant. Les enfants sont captifs avant 7/8 ans. Il est difficile de faire passer des choses entre les produits, car ils n'ont pas d'esprit critique. Nous ne communiquons jamais sur les enfants, que sur les adultes. Les faits sont là. La confiserie, nous représentons à peine 0,08 % de la consommation journalière, on a diabolisé ces aliments, alors que ce sont des « produits plaisirs », des produits portionnés ». (Directrice marketing international de Ferrero)

Le soutien de ces grandes figures commerciales au programme brouillerait le message sur la noblesse d'une action que l'on souhaiterait édulcorer de toute

⁴¹ En octobre 2007, la « Fondation de recherche sur l'hypertension artérielle » a consacré un article au programme EPODE dans lequel sont mentionnés les montants des financements de quelques contributeurs : 250.000 euros par an pendant cinq ans pour Nestlé et APS, 100.000 euros par an pendant cinq ans pour la fondation CNP Assurances et Ferrero, 300.000 euros par an pendant cinq ans, dont 200.000 euros par an pour un projet tourné vers les personnes âgées (EPODE+), pour la fondation ISICA (Groupe AG2R La Mondiale) et 125.000 euros sur quatre ans pour la fondation internationale Carrefour.

démarche mercantile. C'est ce que traduit l'entretien avec la chef de projet du programme EPODE d'une ville du Sud Est de la France qui déclare « qu'il n'y a pas d'obligation de faire figurer les logos sur les supports de communication ». « Depuis l'année dernière, il n'y a plus de logo sur l'information dans les milieux scolaires ». Les industriels seraient pleinement conscients de ces controverses et s'astreindraient à une autodiscipline qui consisterait à contribuer « nationalement au programme mais sans avoir aucune intervention sur le contenu » (Directrice marketing Ferrero)⁴².

Les financements des appels à projets répondent à une règle stricte. En effet, les enveloppes sont directement versées à la coordination nationale FLVS qui procède à la sélection des projets. C'est une façon de gommer le caractère marchand de la transaction en évitant de mettre les villes en relation directe avec les financeurs privés (Bergeron et *al.*, 2011). Ces garde-fous ne peuvent toutefois pas masquer l'intérêt économique des grandes marques à voir leur nom associé au dispositif :

« C'est une manière de revaloriser notre produit, ça c'est sûr, mais une revalorisation sur le plaisir ». (Directrice marketing internationale de Ferrero)

Cela correspond aussi à un besoin de légitimation en intégrant à leur démarche, la Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE). La notion a été théorisée dans les années quatre-vingt par les sciences de gestion. R. Edward Freeman (1984) et ses développements sur les « parties prenantes » (« *stakeholder theory* »), est l'auteur le plus régulièrement cité dans la littérature. Il tend à démontrer que les entreprises prennent en compte dans leur stratégie de développement, les attentes d'une

⁴² Dans un entretien accordé à « la revue des marques » de juillet 2006, Jean-Michel Borys explique que les partenaires commerciaux ont signé une charte par laquelle ils s'engagent « à ne pas intervenir dans le contenu du programme, à ne faire aucune référence au programme lors de la promotion de produits ». Le 8 octobre 2008, un comité de suivi des partenariats publics-privé a été instauré au niveau européen avec, comme mission, d'élaborer une charte éthique à signer entre les experts scientifiques, les partenaires publics et privés et les représentants politiques.

pluralité d'acteurs avec lesquels elles entrent en interaction (actionnaires, salariés, clients, fournisseurs, communautés locales...).

En s'associant à EPODE, les industriels répondraient à ces attentes en apportant aux parties prenantes à la démarche une réponse à leurs préoccupations sociales, environnementales, éthiques⁴³. Cette forme de légitimation est renforcée par le travail de promotion assuré par des « ambassadeurs » externes avec :

- des scientifiques dont les travaux (résultats de l'étude épidémiologique FLVS) sont repris dans des revues prestigieuses comme l'*American Journal of Clinical Nutrition* (2008, pp. 1760-1768) ou le *Public Health Nutrition* (2008, pp. 1735-1742),
- des sociétés savantes qui parrainent le programme : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), Société Française de Pédiatrie (SFP), Académie Nationale de Médecine,
- les médias dans leur ensemble : presse écrite professionnelle (Association nationale des journalistes médicaux grand public (AJMED)⁴⁴, la presse écrite locale (La Dépêche du Midi⁴⁵, Le Républicain Lorrain⁴⁶, Ouest-France⁴⁷, La voix

⁴³ Eva Eschwège et Aurélie Charpentier (2005) analysent dans la revue *Marketing Magazine* (2005) la pression des « parties prenantes » (OMS, AFSSA, médecins nutritionnistes) sur les IAA (industries agroalimentaires) pour les conduire à adopter une attitude responsable. Les IAA afin d'éviter d'être diaboliser ont développé de nouvelles stratégies marketing qui consistent à ajuster les messages publicitaires en intégrant un contenu « santé », y compris sur le packaging des produits, le lancement de nouvelles gammes entièrement repensées au regard des besoins nutritionnels, la création de service nutrition au sein des groupes industriels et le soutien financier à des programmes de recherche ou des études épidémiologiques comme EPODE.

⁴⁴ Réunion « obésité de l'enfant », du 13 juin 2008. Le compte rendu de la réunion est publié sur le site de l'AJMED (<http://www.ajmed.fr/page.php?id=140>).

⁴⁵ « Santé. 15 % d'enfants en surpoids en Haute-Garonne », La Dépêche du Midi, 11 janvier 2009.

⁴⁶ « Obésité infantile : le jeu au menu », Le Républicain Lorrain, 27 mai 2010.

⁴⁷ « Roselyne Bachelot à Vitré pour encourager l'Epode », Ouest France, 28 mai 2010.

du Nord⁴⁸...), nationale (Le Monde, Libération⁴⁹, Le Figaro⁵⁰, Le Parisien⁵¹...) et européenne (The Telegraph⁵²), la télévision (France 5⁵³, France 3⁵⁴), la radio (France Inter⁵⁵...), le réseau social (Facebook), des soutiens institutionnels au plus haut niveau qui participent au processus d'anoblissement du programme.

Cette pratique qualifiée par Thomas Alam de « *Blue watching* » par référence aux travaux de Kenny Bruno et Joshua Karliner (2000, p. 10), consiste, pour les industriels, à passer des accords avec des organismes internationaux afin de bénéficier en retour de l'image vertueuse véhiculée par ces derniers (ONU, UNICEF). EPODE a ainsi pu bénéficier de deux soutiens de poids ces dernières années au niveau européen. En 2007, le livre blanc de la Commission Européenne sur « les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité », promeut à côté de la dimension verticale de la prévention de l'obésité et l'instrument législatif, la dimension horizontale de la prévention avec les initiatives locales. EPODE est cité et présenté comme un dispositif « novateur de projets locaux visant à promouvoir des comportements salutaires chez les enfants. Par exemple, EPODE réunit des parents, des enseignants, des professionnels de la santé et des entreprises locales dans diverses villes de France. Entre autres événements, des semaines spéciales de l'alimentation sont organisées, au cours desquelles l'enfant apprend les bonnes habitudes alimentaires, ou encore une « marche vers l'école », en remplacement du bus, est organisée sous la supervision des parents ». En 2008, lorsque la France a assuré durant six mois la présidence du Conseil de l'Union Européenne (du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008), EPODE a bénéficié du soutien

⁴⁸ « À l'école, prévenons ensemble l'obésité des enfants », La Voix du Nord, 13 avril 2011 ; « Vivre en forme » recherche des ambassadeurs », La Voix du Nord, 13 octobre 2011.

⁴⁹ « Une expérience qui fait école », Libération, 6 mars 2004.

⁵⁰ « Le programme « antiobésité » de deux communes du Pas-de-Calais cité en exemple », Le Figaro, 26 février 2009.

⁵¹ « Encore 20 % d'enfants en surpoids », Le Parisien, 27 septembre 2011.

⁵² « The French children learning to fight obesity », The Telegraph, 8 march 2008.

⁵³ « Les maternelles », France 5, 28 avril 2010.

⁵⁴ « Vitré : une ville en lutte contre l'obésité, France 3 Bretagne, 25 mai 2010 ; « C'est pas sorcier – L'obésité nous risquons gros ! », 29 août 2011.

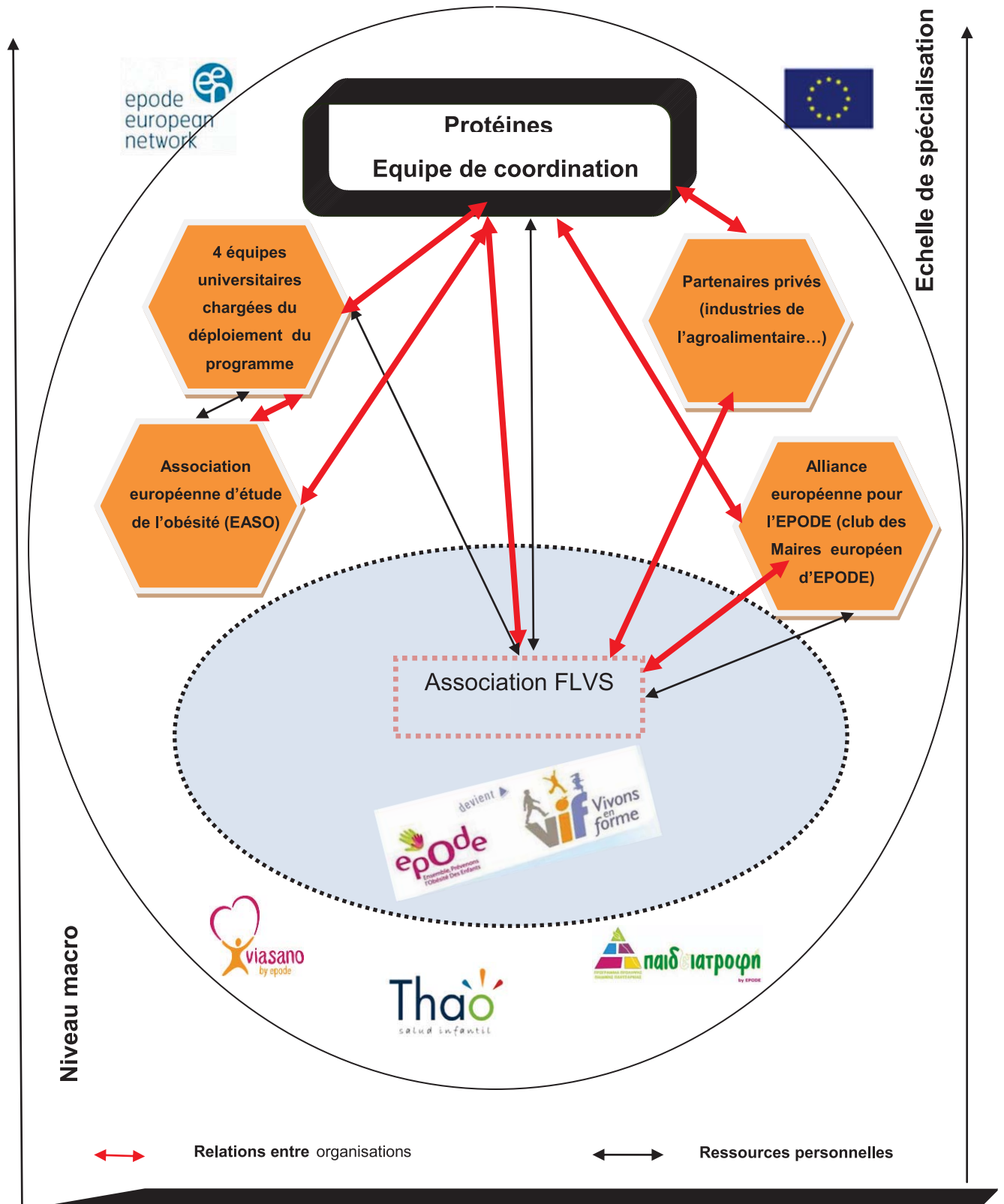
⁵⁵ « Service Public – Fait-on vraiment tout pour prévenir l'obésité des enfants ? », 4 mars 2009.

officiel du gouvernement français qui, dans le cadre du programme préparatoire des discussions sur la politique agricole, a intégré une présentation du programme dans le calendrier des réunions et des colloques. Certaines publications européennes servent aussi de relais au message institutionnel. Dans un numéro spécial relatif à la lutte contre l'obésité, « *Health and Consumer Voice* », le bulletin d'information sur la sécurité alimentaire, la santé et la politique consumériste de la direction générale santé et protection des consommateurs de l'Union Européenne (avril 2005), consacre l'initiative Française FLVS-EPODE.

2.4. La bifurcation du réseau à l'échelon supranational

Le soutien européen est la traduction d'un changement d'échelle au niveau macro du programme EPODE. En mars 2007, lors de la deuxième édition du congrès national des villes EPODE à Roubaix, EPODE European Network (EEN) voit le jour et le programme connaît une extension en Belgique (« Viasano »), en Espagne (« Thao »), en Grèce et aux Pays-Bas (« Jogg »). Cette extension d'appellation masque un processus de découplage et d'encastrement partiel de l'entité nationale à l'entité supranationale comme nous le mettons en évidence dans la figure 16, page suivante. En effet, la configuration de ce nouvel espace répond, comme un miroir, à l'organisation établie au niveau national avec trois composantes principalement : une structure de coordination abritée par l'agence Protéines, un comité consultatif scientifique et un financement assuré par un partenariat public-privé. Fait remarquable de cette structuration et qui explique à la fois la sédimentation et le déploiement à l'échelon international (Australie, Mexique...) du programme, c'est le maintien « d'un petit nombre d'acteurs individuels non substituables » (Grossetti, 2004, p. 202) dotés d'un pouvoir d'influence et que l'on retrouve aux différents niveaux de notre analyse.

Figure 16. Phase 3 – 2007/2012 - Processus de bifurcation d'EPODE à EPODE Européan Network



Ainsi, l'équipe de coordination EEN qui a en charge la gestion globale du projet, est composée de cinq membres dont l'association FLVS. Jean-Michel Borys, directeur de cette équipe de coordination, est resté membre du conseil d'administration de l'association FLVS. On retrouve en son sein les pionniers de l'expérimentation, Pierre Fossati, ancien chef de service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Lille et l'ancienne sénatrice Brigitte Bout rédactrice du rapport parlementaire sur la prévention et le traitement de l'obésité. Celle-ci a engagé depuis plusieurs années une croisade en faveur du développement d'une politique de prévention de l'obésité. Son intervention, le 25 mai 2011 au Sénat, dans le cadre des discussions portant sur la recherche en matière d'obésité et le soutien affiché au programme EPODE, permet de mesurer sa capacité à fédérer et à transcender, par son discours, les clivages politiques⁵⁶.

La coopération avec le CHU se poursuit mais prend une nouvelle forme avec l'arrivée du professeur Monique Romon, responsable du service de nutrition au CHU de Lille. Elle participe à la reconfiguration des relations existantes en jetant des ponts entre l'échelon local, national et européenne. Au niveau national, elle a contribué à encadrer l'association FLVS dans le champ de l'expertise scientifique, entité quasi dissoute avec la création d'un nouveau programme « Vivons en forme » à la suite, selon le directeur de l'agence de marketing social « Protéines », d'un « schisme » avec l'entité précédente. Son statut de bi-appartenant avec l'articulation de ses activités d'enseignant-chercheur et de praticien hospitalier, lui donne accès à un vaste réseau relationnel : chef du service nutrition d'un CHU de Lille, coordinatrice médicale d'un réseau de santé de prise en charge et de prévention de l'obésité dans

⁵⁶ Voici ce que déclarait la Sénatrice Annie David du groupe Communiste Républicain et Citoyen, lors des débats : «...seule une politique globale de lutte contre la pauvreté permettra de réduire les cas d'obésité liés aux déterminants sociaux, comme vous l'avez rappelé, Madame Bout [...]. Tout comme vous, Madame Bout, nous considérons qu'il est impératif de protéger le jeune public du matraquage marketing dont il est victime de la part des industries agroalimentaires ». Dans la continuité, le Sénateur Raymond Couderc du groupe UMP s'exprimait en ces termes : « Je dois d'ailleurs rendre hommage à l'expérience des précurseurs de Fleurbaix-Laventie et notamment Mme Brigitte Bout, qui ont montré le chemin avant que le programme EPODE soit engagé, lequel a concerné dans un premier temps dix villes, avant de connaître l'élargissement que nous constatons aujourd'hui » (Compte rendu intégral de la séance du 25 mai 2011, pp. 4225-4238).

le Nord de la France (OSEAN), secrétaire générale adjointe du conseil scientifique de la société française de nutrition (SFN) et membre du conseil scientifique, nommée en 2006 à la « commission de contrôle de la publicité en faveur des objets, appareils et méthodes présentés comme bénéfiques pour la santé »..., elle dispose, par conséquent, d'un « capital social » important (Bidart et *al.*, 2011, p. 255).

Ce capital constitue, pour ce Professeur en nutrition, une véritable ressource qu'elle peut mobiliser avantageusement au profit du développement du programme dans le cadre de ses nouvelles attributions. En effet, placée à la tête d'une des quatre universités partenaires d'EEN, elle est chargée au niveau communautaire, de promouvoir les partenariats publics-privé pour la prévention de l'obésité. Les responsables des trois autres équipes universitaires associés à EEN contribuent, à leur niveau, à renforcer cette assise relationnelle et jouent en quelque sorte le rôle de coefficient multiplicateur pour le rayonnement d'EPODE. Chercheurs de renom, ils occupent des fonctions de direction dans des organismes nationaux ou internationaux. Le responsable de l'équipe de l'Université d'Amsterdam est un professeur de nutrition, directeur de l'institut des sciences de la santé aux Pays-Bas. Thomas Alam (2011, p. 22) ajoute qu'il a présidé plusieurs sociétés savantes, assuré des missions d'expertise auprès d'institutions comme l'OMS, l'International Obesity Task Force et participé à des comités éditoriaux pour plusieurs revues scientifiques concernant la nutrition et l'obésité. Pour les Universités de Gent et de Saragosse, les responsables de ces équipes assurent les présidences du Département de la santé publique en Belgique et de l'école des sciences de la santé à Saragosse.

Conclusion deuxième partie

D'un point de vue sociologique, RePPOP et EPODE font la démonstration qu'il faut se libérer d'une distinction stricte entre les échelles d'analyse micro et macro pour circuler entre les deux niveaux, car « nous vivons dans un monde où il y a en permanence des changements et des renversements d'échelles : des phénomènes qui paraissent locaux deviennent globaux et réciproquement » (Callon, 2006, p. 37). C'est une démonstration de la force des réseaux qui se construisent à partir « d'une situation sans forme » et voit s'enchaîner des événements pour aboutir à la constitution d'entités. « Les réseaux sont une grammaire des forces et des rapports de forces qui se traduisent par des formes qui parfois « s'irréversibilisent ». En cela, Michel Callon rejoint l'analyse de Michel Grossetti.

Trois facteurs expliquent la réussite de ces formes réticulaires de prévention et de prise en charge de l'obésité des plus jeunes. La densité des relations entre les acteurs est la première explication de ce succès, même s'il est difficile de démontrer que leur développement répond à une stratégie délibérée. C'est une donnée essentielle pour notre recherche, car on mesure avec les travaux de la sociologie de la traduction de Michel Callon et de Bruno Latour, que la prévention et la prise en charge de l'obésité ne se décrète pas du sommet de l'Etat et qu'elle requiert la mise en œuvre d'un processus par lequel les individus s'approprient le problème, le négocient. Michel Callon (1999, pp. 113-126) éclaire cette réflexion lorsque il explique que toute innovation, quelle que soit son bien-fondé, ne relève pas d'un allant de soi. Il faut savoir prendre en compte le collectif avec les intérêts contradictoires des acteurs, leur système de valeurs, leurs attentes, leur projet...

Le second facteur de cette réussite tient à la confiance entre les parties engagées dans la prévention et la prise en charge médicale. L'étude des conduites économiques démontre que la confiance contribue à réguler les relations entre les acteurs, dans le sens où elle représente une norme qui réduit l'incertitude de la relation sociale et « favorise les échanges d'information et le copilotage » (Lazuech et Moulévrier, 2006, p. 28). Pour Claire Bidart et *al.* (2011), elle participe à la

construction d'alliances entre des acteurs appartenant à des « cercles » communs et de savoirs partagés acquis par des expériences similaires « difficilement transmissibles, dyadiques ». Ce constat dépasse le cadre économique et rejoint la grille d'analyse de rapports sociaux de Norbert Alter (2009, p. 44-46). La confiance relèverait d'une démarche de don contre don, où « donateurs et donataires cherchent, dans cette pérennité de leurs échanges, la possibilité de travailler avec des personnes et pas seulement avec des fonctions ou des acteurs ». Il ne s'agit pas non plus d'idéaliser les rapports relationnels au sein de ces formes d'organisation, car le don est par nature ambigu. S'il prend bien appui sur la générosité des individus, « c'est tout autant un moyen stratégique d'obtenir des avantages que l'on ne pourrait obtenir sans sacrifier à cette logique de générosité ».

Le dernier facteur explicatif, complémentaire de cette réussite, épouse la confiance des opérateurs et met en exergue, l'importance de la prise en compte de l'échelle du temps dans l'amélioration de la prévalence de l'obésité. Les résultats, en matière de baisse de surpoids ou d'obésité, ne peuvent se mesurer que sur le long terme et supposent un accord multipartenarial durable. Geneviève Cresson (1995, pp.303-304) en fait la démonstration dans l'étude des processus participant au rétablissement des malades, où des personnels médicaux, paramédicaux et des aidants familiaux sont amenés à coopérer et à se coordonner.

Mais par-delà ces trois facteurs de réussite, ces formes de coordination correspondent à des modalités nouvelles d'intervention dans le domaine de la santé publique avec une structuration horizontale des rapports sans la présence hégémonique d'une autorité disposant d'un pouvoir hiérarchique. Le PO dans ce cadre, est un méta-instrument ouvert de coordination (Dehousse, 2004) et dépourvu des prérogatives de puissance publique avec ses mécanismes traditionnels de contrôle. L'essence de la démarche est de définir des orientations que les acteurs locaux sont censés traduire en objectifs opérationnels au niveau des pratiques sur le terrain. Le PO tient plutôt un rôle de second plan, mais conserve, toutefois, une autorité sur le pilotage et le suivi des programmes au niveau national avec, à sa tête, des experts médicaux de haut niveau qui mettent en place les outils d'évaluation et apportent leur soutien financier aux programmes. Ce qui est remarquable dans cette

approche, c'est la rupture avec la pratique classique de la régulation de contrôle au profit d'une régulation plus souple, plus autonome. Cependant, elle ne peut masquer une limite dans cette mise en proximité des acteurs engagés dans la lutte contre l'obésité. Ces derniers sont pris en effet, dans un écheveau de relations relevant à la fois des autorités publiques avec les administrations centrales, les collectivités locales et des partenaires privés multiples. Lorsque ils rentrent en interaction, « les frontières sont floues à cause de l'instabilité du nombre de membres, et où il est pratiquement impossible d'identifier le ou les acteurs qui contrôlent véritablement le contenu de la politique ou du programme considéré » (Vincent Lemieux, 2007, p. 45).

Ces acteurs collectifs donnent, enfin, à voir comment une question aussi complexe que l'obésité, qui aurait pu rester au niveau de « l'intime », s'impose comme une thématique prioritaire dans l'espace public. Ils rendent compte des processus de visibilisation de phénomènes sociaux à partir d'études, de statistiques relayées par des prises de position de personnalités politiques, de chercheurs, de journalistes qui déclarent l'urgence de la situation.

Troisième partie : L'invisibilité partielle de l'obésité à l'hôpital

Cette troisième partie constitue la deuxième étape de notre démonstration avec, au cœur de nos développements, le questionnement sur la relégation partielle de l'obésité dans la sphère de l'invisibilité à l'hôpital. Merleau Ponty sur « Le visible et l'invisible » (1964), repris par Nicole Aubert (2011), résume la problématique : « Quand il s'agit du visible, une masse de faits vient l'appuyer : par-delà la divergence des témoignages, il est facile de rétablir l'unité et la concordance. Au contraire, sitôt dépassé le cercle des opinions instituées, dès qu'on accède au vrai, c'est-à-dire à l'invisible, il semble plutôt que les hommes habitent chacun leur îlot... ».

Cette observation a guidé les pas de notre réflexion pour nous conduire à privilégier, en fin de compte, deux axes de recherche : le premier est relatif à la dénutrition. Depuis une quinzaine d'années, la thématique est placée sous les feux de l'actualité hospitalière. Elle fait l'objet d'un éclairage important à partir d'ouvrages, d'articles scientifiques étayés par des données épidémiologiques et soutenus par l'organisation de colloques. Sa prévention fait aujourd'hui consensus chez les professionnels de santé qui l'ont placée aux premiers rangs des priorités institutionnelles. Le second axe de recherche a trait à l'objectivation de l'obésité nécessaire à sa reconnaissance. Dans la mesure où la question de sa prise en charge se dérobe de la vue des professionnels de santé qui ont une relative méconnaissance de la maladie et de son impact économique, l'obésité demeurerait en retrait des activités hospitalières. Reste alors à s'interroger sur la manière de la rendre visible pour la faire exister dans l'espace hospitalier. Le recours au système d'information hospitalier constitue un des moyens pour tenter de faire pénétrer l'obésité dans le champ des maladies reconnues. Un deuxième instrument dispose également de cette force, le PO, au travers de la création des centres spécialisés

pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée.

Chapitre VIII : L'obésité dans l'ombre portée de la dénutrition hospitalière

La politique nutritionnelle dans les établissements hospitaliers doit beaucoup au professeur Bernard Guy-Grand, à la suite de la publication d'un rapport sur « L'alimentation en milieu hospitalier ». Ce rapport, remis au Ministre de la santé en janvier 1997, dressait, en effet, un constat alarmant sur le mauvais état nutritionnel des populations accueillies dans les hôpitaux. Selon son auteur, l'absence d'une vision globale dans la prévention, les difficultés à dépister les troubles du comportement alimentaire au sein de ces structures, expliqueraient la faible prise en compte du problème. Plusieurs causes ont été avancées, des dysfonctionnements du fait de la production culinaire, au manque de personnels qualifiés (diététiciens), en passant par la coordination insuffisante des acteurs intégrés à la chaîne de l'alimentation hospitalière. L'apport décisif du rapport Guy-Grand, est d'avoir incité les gestionnaires et les médecins hospitaliers à engager une réflexion sur la prise en compte de l'incidence de l'alimentation dans le processus de prévention et de guérison des maladies, en particulier celles qualifiées de « maladies métaboliques et nutritionnelles » : diabète, maladies héréditaires chez l'enfant, obésité...

Dans le champ de l'alimentation hospitalière, il impose la thématique de la dénutrition comme une action prioritaire dans la prise en charge hospitalière. Les données épidémiologiques tendraient à démontrer qu'entre 20 et 60 % des patients seraient dénutris avec des complications majeures sur la qualité de vie et des incidences sur le système de soins : augmentation de la mortalité, des coûts d'hospitalisation en lien avec la progression des durées moyennes de séjour. En 2001, le message trouve un relais avec la première version du PNNS, qui inscrit la question de la prévention et de la lutte contre la dénutrition en première ligne des objectifs à atteindre en matière de réduction des troubles nutritionnels. Il est renforcé en 2002, par les résultats d'une mission confiée par la DHOS au professeur Claude Ricour, sur la « mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé ». Le rapport final retrace les travaux d'un comité d'orientation et de cinq groupes thématiques dont l'un porte sur « la dénutrition en cours d'hospitalisation »

et l'autre, sur un modèle de réseau ville-hôpital dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant qui donnera naissance aux RePPOPs. Mais, la question de l'obésité est placée au « deuxième rang », car c'est bien la problématique de la dénutrition que l'on retrouve au cœur des préoccupations du Ministère de la santé. C'est ce qu'atteste la lettre de mission de la DHOS adressée au Professeur Ricour le 23 janvier 2001.

1. La primauté donnée à la dénutrition dans la définition des politiques nutritionnelles

Alors que le débat actuel sur la nutrition est dominé par l'obésité, il peut sembler paradoxal de parler de primauté donnée à la dénutrition en milieu hospitalier. Pourtant, c'est ce que révèle notre recherche dans les cinq établissements de soins de notre échantillon.

1.1. La surreprésentation des personnes âgées dans les établissements de santé de proximité

Sur les cinq Centres Hospitaliers, trois répondent à une offre de soins dite « de proximité » : Gourdon, la Meynardie, et Castelnaudary. S'ils disposent selon les cas, des moyens d'hospitalisation traditionnels avec des services d'urgence, de chirurgie, de gynécologie et de radiologie, le secteur médico-social y occupe une place prépondérante avec des services de long séjour ou d'hébergement pour personnes âgées. Situés dans des zones rurales, les services sont tournés majoritairement vers l'accueil des personnes âgées. Or, on sait, à la suite de différentes études conduites par les sociétés savantes (HAS, 2007), que six personnes âgées sur dix admises en institution hospitalière sont dénutries (Belmin, 2009, p. 61). La situation est encore plus aiguë dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où ces dernières ont perdu, le plus souvent, leur autonomie physique et/ou psychique.

La prévention et la lutte contre la dénutrition chez ces populations à l'état de santé fragile se serait donc imposées aux professionnels hospitaliers comme un objectif prioritaire compte tenu des complications associées : risque de chute, fractures du col du fémur, escarres, sensibilisation renforcée aux infections nosocomiales en raison d'une baisse des défenses immunitaires élevée... Dans ce contexte, l'obésité est présentée comme une problématique moins centrale, sinon secondaire :

« L'obésité n'est pas une priorité car je pense que j'aurai été alerté, certainement, par le corps médical, par les professionnels si la population avait ce caractère de façon plus fréquente ». (Directeur du Centre Hospitalier de la Meynardie)

« Docteur M. qui est endocrino ne nous a pas sollicité jusque-là, pour une question là-dessus. Pour les personnes âgées, en général, par définition, je ne vais pas faire de régime restrictif, quasiment. La personne âgée, c'est au-delà de 85 ans. Les gros obèses, on ne les voit pas. Ce n'est pas une clientèle énorme ». (Médecin gériatre, Président du CLAN du Centre Hospitalier de Gourdon)

Mais, alors que l'on aurait pu s'attendre à une approche plus contrastée dans un établissement comme le CHU de Toulouse, où les spécialités médicales dépassent largement le cadre de la gériatrie avec la présence d'une population adulte jeune, la question de la dénutrition resterait encore première :

« Que les choses soient très claires, la première ligne de préoccupation au niveau du CHU, c'est la prise en charge de la dénutrition. Ensuite, il y a une conscience de tout le monde que l'obésité doit être prise en compte ». (Médecin gériatre, chef du pôle gériatrie, CHU de Toulouse)

Dans les établissements hospitaliers de proximité, l'obésité coexiste pourtant bien avec la dénutrition, mais il y a peu d'actions de prise en charge visibles. Lorsqu'elles existent, elles sont souvent ponctuelles et ne relèvent pas d'une démarche globale. C'est ce que reconnaît le directeur du Centre Hospitalier de Gourdon, qui vient d'ailleurs d'inscrire la prise en charge des troubles nutritionnels des patients dans la révision de son projet médical. De plus, il y a peu d'acteurs identifiés dans ce champ. Des médecins endocrinologues, des diététiciens sont bien recensés dans chacun de ces trois hôpitaux. Il y a, là, un progrès notable au regard des constats dressés, il y a dix ans, par la mission Ricour sur le manque de moyens humains et de compétences dans le domaine de la nutrition. Mais, ces acteurs potentiels de la prévention de l'obésité, sont davantage sensibilisés aux questions touchant à la dénutrition grâce aux efforts financiers consentis depuis quinze ans par les hôpitaux au niveau de la formation professionnelles continue. Cet effort a toujours été soutenu par le Ministère de la santé qui encore en 2012, a inscrit dans les orientations nationales prioritaires de formation, le dépistage et la prévention de la dénutrition. La formation continue a grandement participé à la diffusion générale de la thématique dans les établissements de santé.

Les professionnels seraient donc plus enclins à engager des démarches visant à résoudre ce type de désordre, plutôt que de déployer des plans d'action pour lutter contre une maladie qu'ils déclarent mal connaître, à la fois par un manque d'information mais aussi par un manque de formation. Toutefois, la question de la prise en charge de l'obésité restée secondaire à ce jour, pourrait se poser avec une plus grande acuité dans les hôpitaux de proximité en suivant la courbe de la progression du vieillissement de la population et des changements des modes de vie :

« Comme le diabétique vieillit, l'obèse maintenant vieillit plus, En EHPAD, c'est réellement un problème d'avoir des personnes âgées grabataires qui grossissent, qui grossissent. On ne sait pas comment les gérer. Mais il n'y a pas plus d'épidémie chez la personne âgée que chez l'adulte, c'est une modification des habitudes de vie, des habitudes alimentaires, des habitudes des activités physiques chez les personnes âgées, comme chez les jeunes, comme chez l'adulte mûr ».
(Médecin gériatre, chef du pôle gériatrie, CHU de Toulouse)

1.2. L'influence des médecins dans le dispositif d'alerte

L'alerte sur la dénutrition a profité de la plate-forme d'appui constituée par les Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN). Instaurés par une circulaire de la DHOS du 29 mars 2002, ils ont pour mission de définir la politique nutritionnelle des établissements hospitaliers. Dans notre échantillon, quatre établissements sur cinq se sont dotés d'une telle instance avec des créations récentes pour les Centres Hospitaliers de la Meynardie et de Gourdon. Le Centre Hospitalier de Castelnaudary est dans l'attente de la désignation des membres du CLAN. L'état des lieux réalisé en 2002 pour la DHOS dans le cadre du PNNS par l'équipe de recherche de Jean-Pierre Poulain, faisait état de l'absence du corps médical dans les CLANs de certains établissements. Cette composante est aujourd'hui bien présente. Elle est majoritaire dans chacun de ces hôpitaux qui leur ont même confié la présidence de ces instances. Leur implication est un facteur décisif dans la médiatisation de la médicalisation de l'alimentation et leur rôle est essentiel dans le dispositif d'alerte sur les risques liés aux troubles nutritionnels. C'est ce que l'on a pu noter au Centre Hospitalier de la Meynardie. Le médecin gériatre utilise ce vecteur d'information pour communiquer sur le rapport « bénéfice-risque » des régimes alimentaires restrictifs appliqués à des sujets âgés obèses ayant des traitements médicamenteux lourds compte tenu de leurs antécédents psychiatriques.

En dehors de cet exemple, la question de l'obésité n'avait jamais été inscrite à l'ordre du jour du CLAN dans trois établissements sur quatre au moment de notre étude. La priorité donnée à la lutte contre la dénutrition, plutôt qu'à l'obésité, trouve une explication dans la population âgée prioritairement accueillie dans ces établissements de santé. Mais, cette orientation est renforcée par la composition des CLANs et la désignation à la présidence de certains spécialistes. Dans trois établissements sur cinq, elle a été confiée à des gériatres : Montauban, Gourdon et La Meynardie. Ces derniers jouissent d'une expertise reconnue par la communauté hospitalière qui leur confère une position d'autorité dans la maîtrise de l'ordre du jour des réunions et sur la définition, au niveau institutionnel, des ordres de priorité de la politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients. Il en va différemment au CHU de Toulouse. Le bureau et l'assemblée plénière du CLAN ont à leur tête un spécialiste de l'obésité, le Professeur Patrick Ritz responsable également de l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC). On retrouve dans la composition de ces instances des lanceurs d'alerte comme le professeur Maithé Tauber spécialiste de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Ces personnalités, ont contribué à l'inscription de la thématique à l'ordre du jour des sessions du CLAN et à son ancrage au niveau institutionnel en l'intégrant dans la politique nutritionnelle du CHU:

« Je suis membre du CLAN et l'obésité a été mise à l'ordre du jour quand on a abordé la problématique du matériel et ensuite nous l'avons développée sur l'année 2012, puisque la visite d'accréditation se profile. On a formalisé une filière de soins pour les patients obèses hospitalisés, et là, je ne vous parle pas que du sujet âgé [...]. Il y a des obèses partout et là, il y a un hiatus. Il n'y a pas de filière organisée. Notre objectif, pour 2012, est d'organiser le parcours de soins des patients hospitalisés au CHU, et pas dans le service spécialisé pour l'orienter vers le médecin traitant, via un diététicien. Le service qui reçoit les obèses ne pourra pas absorber tous les obèses du CHU, c'est impossible, il faut réfléchir à un autre type de prise en charge ». (Médecin gériatre, chef du pôle gériatrie, CHU de Toulouse)

2. La prévention de la dénutrition en tant que forme dominante de lutte contre les troubles alimentaires

Les professionnels de santé, en faisant de la prévention de la dénutrition le centre du dispositif de lutte contre les troubles alimentaires, ont, semble-t-il, découplé cette question de celle de l'obésité sans mesurer que l'insuffisance pondérale et l'excès de poids étaient étroitement liés par un ensemble de facteurs communs.

2.1. De la dénutrition à l'obésité tout est une question de poids

La représentation que se fait une partie des professionnels hospitaliers de la dénutrition et de l'obésité rendrait, à priori, difficilement conciliable une approche commune en terme de prise en charge. En effet, s'ils reconnaissent l'altération de l'état général de santé dans les deux situations, les caractéristiques physiologiques des pathologies conduiraient à les opposer dans la mesure où, pour la dénutrition, les manifestations les plus visibles de la maladie correspondraient à une perte de poids alors qu'à l'opposé, la surcharge pondérale serait incriminée dans le développement de la maladie. Or, loin de s'opposer, les points de jonction entre les deux problématiques sont nombreux, tant au niveau de leurs déterminants, qu'au niveau des contraintes de leur prise en charge, qu'elles soient diététiques ou thérapeutiques. Cette prise en charge ne doit pas fonctionner à l'hôpital dans deux sens opposés, elle doit, au contraire, trouver une approche commune pour renforcer l'action collective à l'égard de ces maladies d'origine nutritionnelle.

La dénutrition, à l'instar de l'obésité, est, en effet, une manifestation des troubles de l'alimentation qui rendent l'organisme vulnérable, altérant la qualité de vie et conduisant pour les cas les plus sévères, à des taux de mortalité élevés. Ses déterminants sont pluriels et vouloir en établir une hiérarchisation s'avère particulièrement complexe, en raison de leur profonde imbrication. C'est ce qu'expliquent Marc-Eric Gruénais et Francis Delpuech (1992, pp. 37-55). La dénutrition protéino-énergétique serait le produit d'une combinaison de différents facteurs où la dimension biologique est couplée au social. Le développement de la

précarité (Corbeau et Poulain, 2002 ; Poulain et Tibère, 2008) participe à l'aggravation du problème. Les ressources financières limitées chez certains patients expliquent la faible consommation de produits riches en micronutriments (viande, poisson, fruits, légumes...), avec comme conséquences des carences en minéraux et en vitamines. Les conditions de vie, l'habitat insalubre, la mauvaise hygiène s'ajoutent à ces premiers éléments. En cela, dénutrition et obésité sont deux états intimement liés. Les actions à engager justifient pleinement une réflexion commune qui porterait, à la fois, sur les besoins nutritionnels des patients dans les institutions et sur les changements de certaines pratiques professionnelles qui touchent à l'organisation journalière des repas.

Sujets dénutris ou obèses définissent deux catégories de mangeurs avec « deux sens opposés que l'on attribue au manger » (Corbeau, 2001). Dans le cas de la dénutrition, les préparations culinaires doivent intégrer des mesures destinées à enrichir les apports en micronutriments afin d'éviter, en particulier chez les personnes âgées, les pertes tissulaires à l'origine des pathologies infectieuses. Pour les sujets obèses, il est recommandé, au contraire, de limiter les apports caloriques par la consommation d'aliments riches en matières grasses et en sucre. Mais la restriction calorique ne doit pas être excessive, car selon les recommandations internationales (HAS, 2011), elle pourrait se révéler inefficace sur le long terme, voire même dangereuse. Dans les deux situations, il est conseillé d'assurer aux patients, une alimentation saine et variée. L'approche médicalisée de l'alimentation rencontre cependant des limites et ne parvient pas, en elle-même, à enrayer ces deux fléaux sanitaires. C'est ce qu'affirment médecins et sociologues. Jean-Pierre Corbeau et Jean-Pierre Poulain formulent l'idée qu'il faut réintroduire la notion de plaisir dans les repas à l'hôpital en prenant en compte : le malade et son identité, ce qui signifie qu'il faut lui laisser la possibilité de choisir ses repas en respectant ses préférences alimentaires en lien avec son environnement social, culturel ou religieux ; les saveurs qu'il faut savoir ajouter dans l'alimentation hospitalière fortement aseptisée. Jean-Pierre Poulain (2002, pp. 235-236) montre que les caractéristiques nutritionnelles, organoleptiques et hygiéniques des aliments sont insuffisantes pour rendre compte de l'efficacité des aliments dans leurs fonctions de maintien des individus en bonne santé. Il faut leur ajouter une dimension symbolique qui participe à la mobilisation

des sens chez les individus et contribue à rendre agréable ou désagréable les aliments ingérés. Sur les sensations générales et les plaisirs de l'alimentation, Sylvie-Anne Mériot (2002, p. 109), à l'image de la célèbre « madeleine de Proust », fait de l'enfance une période charnière dans l'apprentissage des goûts. Ces derniers auraient tendance à s'altérer avec l'âge, c'est pourquoi, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (2011) préconise pour stimuler l'appétit des plus âgés, notamment avec l'introduction des plats cuisinés à texture modifiée, de privilégier les mets aux goûts marqués. Il s'agit de solliciter chez les individus leurs capacités olfactives et gustatives. Le professeur Arnaud Basdevant (2004) pour l'obésité, propose également de dépasser le discours médical sur la relation alimentation-nutrition-santé pour valoriser la fonction sociale de l'alimentation et prendre en compte la sensation de bien-être physique et psychique que peut procurer l'alimentation.

Le plaisir de manger déborde du cadre de l'assiette des patients et sollicite l'organisation de l'offre alimentaire. L'aspect visuel des plateaux repas, la qualité du service assuré par des équipes hôtelières ou des soignants formés, sont des éléments contributifs à une bonne alimentation du patient dénutris ou obèse. Il faut pousser plus avant l'analyse pour y adjoindre d'autres paramètres qui, aujourd'hui encore, représentent une « butée temporelle difficilement déplaçable » (Poulain, 2002). S'il faut bien reconnaître les progrès accomplis depuis dix ans, des efforts supplémentaires doivent être faits en premier lieu, pour aménager la durée et les horaires de repas souvent mal adaptés à des personnes fragilisées, que ce soient des adultes ou des enfants. Les difficultés sont de trois ordres. A l'encadrement strict des temps de repas du à la pression des effectifs budgétaires, s'ajoute l'inadéquation des logiques de la restauration hospitalière avec ses contraintes logistiques et celles des services de soins avec ses impératifs médicaux. A ce stade, il est difficile de passer sous silence les restructurations actuellement en cours au niveau des fonctions logistiques en milieu hospitalier, en particulier celles touchant à la production culinaire. Cette dernière est affectée par les dispositifs de maîtrise des coûts des dépenses hôtelières, qui la contraignent à se transformer sous le coup d'un double mouvement de rationalisation des activités. Le premier concerne les regroupements des fonctions hôtelières des établissements sur un même territoire

de santé dans de vastes unités de production culinaire. Le second porte sur la massification des achats au niveau national. Notre analyse rejoint celle de Jean-Pierre Poulain (2002, p. 31) sur la mondialisation des marchés et l'idée que ce processus ne peut être simplement considéré comme un facteur de « destruction des cultures alimentaires » au sein des établissements de soins. Il participe, en effet, à la recomposition de l'offre alimentaire avec l'arrivée de nouveaux produits, de nouveaux choix pour le « patient-consommateur » et de nouveaux modes de production culinaire. Reste qu'au final, pour reprendre l'expression de l'auteur, le mouvement engagé donne l'impression que les « portiers » de la restauration hospitalière ne sont plus les responsables des cuisines mais les gestionnaires et les groupements d'achats. La troisième difficulté est relative à la dimension thérapeutique de l'alimentation. Parce que les personnels de soins sont encore insuffisamment formés sur l'importance de l'alimentation dans le processus de rétablissement des malades, ils continuent à entretenir « une relation ambivalente à l'égard de l'alimentation : acte technique ou acte thérapeutique ?, « perte de temps » ou « nursing » ? (Poulain, 2002).

Il faut également faire porter les efforts, sur l'accompagnement des sujets dénutris ou obèses par le développement d'actions de communication dans et en dehors de l'institution. Durant la période d'hospitalisation, ce sont les médecins et les diététiciens qui s'approprient la communication éducative qui consiste à sensibiliser les patients à la relation positive entre le développement d'habitudes alimentaires saines et le bon état général de santé. Mais ce type de communication a une portée limitée face à de malades qui, par leur pathologie, sont régulièrement amenés à faire le va-et-vient entre les établissements de santé et leur domicile, de surcroît, dans un contexte de réduction des durées de séjour. La stratégie de communication doit par conséquent s'étendre à l'environnement du patient. Elle doit enlacer les médecins traitants, la médecine de ville dans le cadre des réseaux de santé, les structures d'aval (SSR, EHPAD...), les collectivités locales avec les partenariats ville-hôpital, qui sont tous des acteurs impliqués dans le processus de la prise en charge des patients en dehors du contexte hospitalier. Cette communication peut prendre des formes variées (plaquettes, affiches, documents PNNS...) et constitue une ressource destinée à parfaire les connaissances de ces acteurs sur les mesures de prévention

des déséquilibres alimentaires, les conseils diététiques et sur l'offre de soins sur le territoire. Elle contribue, en particulier, à améliorer la qualité des sorties des patients qui sont assurés du suivi de leur prise en charge.

2.2. Les CLANs par leur capacité à centraliser l'ensemble des questions touchant à l'alimentation et à la nutrition ont vocation à corriger la priorité accordée à la prise en charge de la dénutrition sur l'obésité

Composés d'équipes pluridisciplinaires relativement homogènes avec la participation des médecins, des directeurs, des cadres de santé, des diététiciens, des responsables de la restauration et dans certains cas, des qualitéiciens, les CLANs ont été dotés de compétences qui leur permettent d'aborder l'alimentation à l'hôpital dans toutes ses composantes (hygiène, démarche qualité, plan alimentaire, horaires des repas...) et les maladies liées à des déséquilibres nutritionnels dans toute leur complexité, quels que soient les domaines de l'activité hospitalière. Mais les disparités sont importantes entre les grands et les petits hôpitaux. Les premiers sont dotés de moyens techniques et humains conséquents. Ils ont organisé depuis plusieurs années la surveillance de l'état nutritionnel et le dépistage des pathologies associées. Les seconds, à l'opposé, ont un personnel qualifié en nombre limité et viennent à peine d'installer leur CLAN.

Ces instances sont censées jouer le rôle d'observatoire de l'état des besoins nutritionnels des patients dans les hôpitaux. Cette mission est essentielle. Elle permet à la fois d'optimiser la prise en charge de malades souffrant de troubles de l'alimentation, qui ont en commun de partager, certains déterminants et, d'apporter une réponse coordonnée sur le plan médical, éducatif, social et psychologique. En dehors du CLAN du CHU de Toulouse qui bénéficie de l'expertise de l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC) et, dans une moindre mesure, le Centre Hospitalier de Montauban, les CLANs au sein des établissements de proximité ne semblent pas actuellement en mesure de s'approprier cette mission pour deux raisons au moins :

La première raison tient à l'organisation de la phase de diagnostic de la dénutrition et de l'obésité. Pour mener à bien cette démarche, les établissements devraient s'astreindre à un suivi régulier de l'IMC et du poids afin d'évaluer le risque de maladie provoqué par un excès ou une insuffisance de charge pondérale. La surveillance de ces indicateurs devrait être systématisée avec un contrôle mensuel voire même plus rapproché, lorsque les troubles du comportement alimentaire sont avérés. L'objectif, est ici, d'établir des plans de traitement nutritionnel individualisés pour adapter l'alimentation aux besoins du patient. Or, l'atteinte de ce niveau d'exigence est rendu difficile par la charge en soins dans les services et le nombre réduit de postes de diététicien dans les établissements (en moyenne, un poste dans chacun des établissements de proximité de l'échantillon). Ce constat est conforté par la dernière enquête nationale du Ministère de la santé sur les CLANs en 2008 : le dépistage de la nutrition était assuré dans 51 % des établissements et celui de l'obésité dans 27 % des cas.

Cette difficulté se double d'une sous-déclaration de la dénutrition et de l'obésité au niveau des fonctions de codage des séjours hospitaliers. Il est donc relativement compliqué de se faire une idée précise sur la typologie des maladies nutritionnelles dans ces établissements. Les médecins DIM chargés des contrôles des dossiers médicaux font régulièrement le constat de l'omission d'informations portant sur l'évaluation de l'état nutritionnel des malades. Dans un système de financement à l'activité où les ressources des établissements dépendent étroitement de leur capacité à valoriser les séjours hospitaliers, ces lacunes engendrent une perte de recettes. Ce raisonnement est parfaitement intégré par la diététicienne du Centre Hospitalier de Gourdon :

« On est toujours sur la prise en charge de la nutrition, le codage de la dénutrition, parce que, là aussi, par rapport à la T2A, effectivement, il était important que la dénutrition soit bien codée, parce que cela rapporte de l'argent ».
(Diététicienne Centre Hospitalier de Gourdon)

La seconde raison est relative à la capacité des équipes à penser l'alimentation et la prise en charge nutritionnelle dans une approche multidisciplinaire en dehors de toute unité de coordination des professionnels impliqués dans la chaîne « alimentation-nutrition ». Jean-Pierre Corbeau (2001) expose, dans une loi en « 6 S », la construction de la filière du manger à l'hôpital. Quatre des six thèmes permettent de mettre en correspondance les différentes logiques professionnelles qui prennent part à la chaîne et qui vont devoir s'imbriquer : la « sécurité » sanitaire des aliments renvoie à l'hygiène, à la norme HACCP et au domaine de compétences des équipes de la restauration hospitalière ; la « santé » porte l'idée que l'alimentation est un soin. Ce champ est divisé en deux, entre les personnels de la restauration qui ont la responsabilité des préparations culinaires et les personnels des soins qui assurent le « service » dans le respect de l'identité et des préférences alimentaires du malade ; le « simulacre » de la qualité correspond à l'approche trompeuse de certains gestionnaires qui n'hésitent pas à mobiliser ce label alors que leur objectif, bien moins avouable, est de réduire les coûts. L'interaction entre ces logiques peut être porteuse de conflits et de renvoi de responsabilité, en cas de manquement de l'un de ces quatre groupes sociaux.

Pour contourner ces difficultés, les CLANs dans les petits hôpitaux, à côté des missions plus classiques qu'ils ont su prendre à bras le corps (formation professionnelle continue, évaluation des pratiques professionnelles), devraient engager des démarches visant à s'outiller pour légitimer leur action auprès des professionnels hospitaliers et des instances. Tout d'abord, il leur faudrait enrôler les DIM pour établir avec eux, la photographie exacte de l'état nutritionnel des malades et éviter, de cette façon, la cécité qui les frappe sur les questions touchant à l'obésité. Par ce moyen, ils seraient en capacité de définir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans les services de soins. L'instrument de codage de la dénutrition et de l'obésité contribuerait de plus, à légitimer l'action médicale qui accompagne l'alimentation des patients (Poulain, 2002). Il leur faudrait, ensuite, s'approprier la fonction de pilotage de la filière du manger dans le but d'échapper à la multiplication des centres de décision qui contribue à diluer la fonction alimentation et altère son efficacité. L'un des moyens pour favoriser cette appropriation, serait de jouer sur le puissant relais institutionnel que représentent les chefs d'établissement. Dans ces

collectifs resserrés où l'interdépendance des fonctions est particulièrement forte, ils pourraient jouer, à côté des médecins, un rôle clé par leur capacité à dominer leur environnement et à stimuler les formes de coopération informelles liées à la proximité (Torrès, 2003, pp. 119-138).

Chapitre IX : Le recours à un dispositif de gestion dans le processus de visibilisation de l'obésité en institution : le cas d'un hôpital de proximité

Anticipant la criticité d'une progression de l'obésité dans les établissements de soins, le professeur Arnaud Basdevant proposait en avril 2009, un plan d'action destiné à répondre à quatre sources potentielles de tension : l'adaptation ergonomique des unités de soins afin d'accueillir dans le respect des règles de dignité et de confort les enfants, les adolescents et les adultes obèses ; la prise en charge de ces patients par des équipes médicales et paramédicales réorganisées avec des pratiques professionnelles renouvelées dans la cadre de partenariats public-privé ; la cohérence de la chaîne de soins avec le renforcement des liens avec la médecine ambulatoire, les réseaux de santé et les associations de patients ; l'identification de l'obésité dans le système d'information hospitalier et le renforcement de la fonction de codage.

Pour le gestionnaire hospitalier en charge de la définition des orientations générales de son établissement, l'ensemble de ces éléments sont des données qu'il doit d'appréhender sous l'angle des impératifs économiques et de l'efficacité des activités de soins. Ces données participent à la construction d'un système d'évaluation de la performance des établissements de santé sur lequel repose l'ajustement des ressources par type de dépenses, de maladies et ce, dans un contexte de recherche d'équilibre des comptes sociaux. Dans un environnement financier contraint, la « voix de l'économiste » devient primordiale constatent Frédéric Pierru et Patrick Hassenteufel (1999). Elle aurait fini par s'imposer à l'argumentation médicale pour justifier auprès des autorités de tarification d'une demande d'allocations de ressources supplémentaires solidement étayée. Reste que pour l'obésité, l'exercice est périlleux en l'absence d'un modèle d'évaluation exclusif.

1. La modélisation du coût de l'obésité : étude au sein d'un pôle de médecine et de soins de suite et de réadaptation d'un hôpital de proximité

L'obésité, compte tenu de ses nombreux déterminants, pose au chercheur une série d'écueils liée au poids relatif de la structure des coûts de la maladie. Cette question n'est pas nouvelle en économie de la santé et se retrouve dans toutes les démarches d'évaluation des maladies chroniques (Levy, 2005, pp. 263-282). Classiquement, l'étude des coûts se décompose en trois facteurs : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts « intengibles » (Kenigsberg et al., 2009, p. 298). Ramenés à l'obésité, les premiers représentent les charges supportées par le système de santé avec les frais d'hospitalisation, les traitements médicaux et pharmacologiques, ainsi que les frais non médicaux (accompagnement social, déplacements...). Les seconds concernent la perte de production consécutive aux arrêts de travail du salarié obèse, à son accompagnement ou à son décès. Enfin, les troisièmes correspondent aux difficultés à assurer les actes de la vie quotidienne et aux conséquences psychosociologiques de la maladie avec, l'exclusion sociale, le stress, la souffrance psychique...

Dans ce passage obligé de l'évaluation des coûts des maladies, des modèles en nombre très limité ont été proposés et expérimentés pour ce qui touche à l'obésité. Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), sur « la prévention et la prise en charge de l'obésité » (Dériot, 2005), recense un ensemble de travaux au niveau macroéconomique et microéconomique, qui sont aujourd'hui datés et peu mobilisables, compte tenu de leur manque de fiabilité. Le modèle général de l'étude des coûts de l'obésité de l'OMS (2003, pp. 86-93) peut être cité. Il combine deux indicateurs que sont le Risque Attribuable à la Population (RAP)⁵⁷ et la durée de vie corrigée de l'incapacité (*disability adjusted life years* –

⁵⁷ Rend compte de la proportion de cas imputables au facteur de risque dans une population à l'aide de la formule suivante : $RAP = p (RR-1) / 1+p (RR-1)$ [p = prévalence du facteur de risque (obésité) ; RR = risque relatif qui correspond au rapport de l'incidence de la maladie chez un sujet

DALY). Ce modèle macroéconomique est inadapté à l'échelle de notre recherche. Le recours au système d'information hospitalier, plus particulièrement aux données fournies par l'outil médiatisé sous le sigle « PMSI », représente, pour cette étude, la ressource méthodologique la plus pertinente. Ce « petit machin sans importance », qualificatif qui lui a été affublé à sa création en 1982, est devenu selon Olivier Lenay et Jean-Claude Moisdon (2003, pp. 131-141), « une machine de gestion impérieuse, pesant sur plusieurs milliers de structures et plusieurs centaines de milliers de personnes ».

1.1. Le contexte de l'étude

L'étude a été réalisée dans un cadre spécifique, celui d'un hôpital dit « de proximité », au sein de l'unité de médecine du pôle « Médecine/SSR » du Centre Hospitalier de Castelnaudary. Ce terrain de recherche a, comme particularité, d'être le lieu de notre exercice professionnel depuis 2009, en qualité de chef d'établissement. Il se situe dans une ville moyenne, qui compte un peu moins de 12 000 habitants, au sein d'un département, celui de l'Aude, dont la population totale a été évaluée par l'INSEE en 2009, à 354 000 habitants. La ville doit son expansion économique à l'industrie agroalimentaire et tire sa notoriété d'une tradition culinaire héritée du monde rural, le cassoulet. Les employés et les ouvriers constituent le tiers de la structure sociale de la ville avec une forte représentation de retraités (25 % de sa population). Depuis 1999, la ville de Castelnaudary est associée au Programme National Nutrition Santé et bénéficie du label « ville active du PNNS ». Sous ce label, la collectivité locale a développé des relations de partenariat avec plusieurs institutions publiques, dont le centre hospitalier. Celui-ci est mis à contribution dans le cadre de la semaine nationale de dégustations et de découvertes des fruits et légumes frais, « Fraich'attitude », placée sous l'égide du Ministère de l'agriculture et de l'Interprofession de la filière des fruits et légumes frais (INTERFEL). L'association

obèse (I) divisée par l'incidence de la maladie chez un sujet non obèse (J) = I/J]. Ainsi, un risque attribuable à la population égal à 15 % signifie que sur 1 000 cas de maladie dans la population, 150 sont attribuables au facteur de l'obésité et auraient pu être évités si celui-ci n'avait pas été présent.

à cette action prend la forme d'une mise à disposition d'une diététicienne. Son activité consiste à organiser des ateliers de cuisine pour des personnes en situation de précarité, afin de promouvoir une alimentation alliant plaisir et santé.

Dans cette terre de gastronomie, l'hôpital a un rôle d'animateur local de santé que ce soit en termes de prévention, de prise en charge diversifiée ou de plateformes de service. Il s'encastre dans un réseau de soins où se côtoient une pluralité d'acteurs parmi lesquels, la médecine de ville, des structures dotées de plateaux techniques sophistiqués tels que le Centre Hospitalier de Carcassonne, le Centre Hospitalier de Castres-Mazamet dans le Tarn ou le CHU de Toulouse dans la Haute-Garonne, des structures médico-sociales et des services de soins à domicile. Il propose une offre de soins complète, lui permettant de répondre à une demande de prise en charge de maladies en phase aiguë et de suivi des affections chroniques. Pour ce faire, il dispose de services de médecine d'urgence, de médecine polyvalente avec une orientation gériatrique complétée par d'autres spécialités (cardiologie, pneumologie, diabétologie), de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée, de consultations spécialisées et d'un service d'imagerie avec un scanner. Son activité de chirurgie a toutefois fermé en avril 2010.

1.2. Le matériel et les méthodes de recherche

La collecte des éléments nécessaires à l'évaluation médico-économique de l'obésité repose sur le travail spécifique du Département de l'Information Médicale (DIM) placé sous la responsabilité d'un médecin. Son activité est étroitement assujettie à celle des autres médecins dans les services cliniques qui ont la charge de réaliser les activités de diagnostic, de formuler les prescriptions médicales et de saisir, à l'issue du séjour du patient, ces informations dans le PMSI. Le médecin DIM les soutient dans cette activité quotidienne car cette information scientifique est normée, c'est-à-dire qu'elle répond à une codification internationale. Il contrôle la qualité du recueil de l'information médicale, sa cohérence et son exhaustivité. Pour les cliniciens, cette activité exigeante présente une série de difficultés. Ils doivent opérer pour chaque malade, un découpage précis des activités de soins en évitant d'omettre des diagnostics ou des actes qui pénaliseraient la valorisation de leur

activité. Le courrier, rédigé par le médecin à la sortie du patient du service, tient lieu d'élément de preuve des soins dispensés. Pour le DIM, il sert d'élément de contrôle pour vérifier l'adéquation du codage des actes aux soins réalisés. En outre, pour le médecin du service, le PMSI impose un exercice de transformation du langage médical spécialisé en un langage informatique, ce qui explique les erreurs régulières de codage recensées par le DIM.

Les règles et les consignes de codage sont précisées par l'Agence Technique de l'Information et de l'Hospitalisation (ATIH). Chaque séjour en médecine fait l'objet d'une description clinique rigoureuse des prestations délivrées par l'établissement de santé, c'est le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Chaque RSS est constitué d'un ou de plusieurs Résumés d'Unité Médicale (RUM) qui contiennent des informations d'ordre médical et administratif (identification du malade, de l'établissement de santé, l'unité médicale...). Le recueil des diagnostics des RSS s'appuie sur les rubriques de la Classification Internationale des Maladies identifiée par les professionnels de santé sous l'abréviation, « CIM -10 ». Cette nomenclature élaborée par l'OMS en est à sa dixième révision depuis 1893 et la classification des causes de décès établie par le médecin français Jacques Bertillon. Elle a su évoluer, au rythme des connaissances médicales, pour devenir un « outil incontournable » de classement des pathologies (Meslé et *al.*, 2008, pp. 383-396) aux finalités différentes : classification des causes de maladie, indexage des dossiers hospitaliers, contrôle des soins, évaluation des soins médicaux, classification des actes médicaux.

Ces évolutions ont toutefois conduit à une complexification à l'extrême de l'instrument, rendant difficile les comparaisons de données depuis sa création. Un mode d'emploi (OMS, 1977) est d'ailleurs nécessaire pour son utilisation. Arnaud Basdevant (2009), dans le rapport sur les conditions d'amélioration des soins en faveur des obèses dans les établissements de santé, a pointé les limites de l'outil : « La classification CIM ne tient pas compte des formes graves de l'obésité chez l'enfant et les obésités d'origine génétique sont absentes de la CIM or elles sont généralement associées à des désordres caractériels et comportementaux, qui posent de grandes difficultés de prise en charge. Ces carences de la CIM en matière d'obésité, affaiblissent le recueil des données d'épidémiologie hospitalière et le regroupement en GHM ».

L'obésité, ne figure pas en tant que telle dans les vingt-deux chapitres de la CIM-10. La maladie se découvre dans un chapitre IV intitulé « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », sous un code alpha numérique E66 avec un découpage en cinq chapitres (Tableau 5) :

Tableau 5. Table de correspondance des chapitres et des codes de l'obésité

Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	
Obésité (E.66)	
Code	Intitulé
E66.0	Obésité due à un excès calorique
E66.1	Obésité médicamenteuse
E66.2	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire
E66.8	Autres obésités
E66.9	Obésité, sans précision

Source : Chapitre IV – CIM 10

Pour le DIM, ce dispositif de visibilisation de l'activité médicale est l'outil principal à sa disposition pour le codage du diagnostic principal du malade (DP), des diagnostics associés (DAS) et des actes opératoires. Pour un patient obèse, la valorisation du séjour hospitalier dépendra donc, de trois facteurs : le diagnostic principal établi par le clinicien, la durée de séjour et le niveau des complications ou de sévérité de la maladie correspondant à une gradation de un à trois pour les cas les plus lourds. Une fois réalisé le travail de codage, le médecin DIM agrège les RSS dans des groupes homogènes de malades (GHM) qui représentent en quelque sorte, la cartographie des profils types des patients obèses en identifiant pour chacun d'entre eux, les soins et examens dispensés. A chaque GHM est associé un groupe homogène de séjours (GHS), c'est-à-dire un tarif qui permet d'évaluer la rémunération de l'activité.

L'étude a été conduite, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, dans l'unité de médecine. A partir des 1 316 séjours en hospitalisation complète recensés durant l'année, un travail de sélection a été engagé à l'aide du logiciel de recueil, d'analyse et de codage du PMSI. Deux types d'informations ont été recherchés à partir du code E.66 de l'obésité : les informations correspondant à la prise en compte de la pathologie en DP et celles l'ayant affiché en DAS. Elles sont regroupées dans deux fiches standards. L'une en rapport avec le RUM contient des données sociodémographiques, les diagnostics et les actes réalisés pour chacun des patients. L'autre est relative au RSS avec des précisions complémentaires portant sur le GHM, la durée de séjour et la valorisation économique (GHS).

1.3. Les résultats de l'étude

Le système d'information a permis la collecte, dans le respect strict de l'anonymat, de 30 dossiers côtés E.66, en DP ou en DAS, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. Avec un peu plus de 2 % du total des séjours de l'unité de médecine, cela correspond à une moyenne de plus de deux patients par mois accueillis dans un service de vingt-cinq lits, pour des troubles de santé en lien avec l'obésité ou des maladies associées. Le tableau 6, page suivante, donne la répartition de ces patients selon les diagnostics, le sexe, l'âge, la durée moyenne de séjour et le lieu de résidence :

Tableau 6. Répartition des 30 patients du service de médecine présentant des troubles de santé en lien avec l'obésité ou des maladies associées en Diagnostic Principal et en Diagnostic Associé pour l'année 2011

Dossiers collectés	Nombre	Sexe	Age	Durée moyenne de Séjour (DMS)	Résidence
Diagnostic Principal (DP)	1	M	42	3	Castelnaudary
Diagnostic Associé (DAS)	29	F (59 %) M (41 %)	< 40 (3 %) 41-50 (7 %) 51-60 (24 %) 61-70 (33 %) 71 (33 %)		Castelnaudary (90 %) Haute Garonne (7 %) Tarn (3 %)
Total	30				

Source : PMSI 2011

L'obésité dans 29 cas sur 30 est codée en diagnostic associé, c'est à dire qu'elle ne constitue pas le motif principal d'hospitalisation, mais seulement un élément aggravant la complexité des soins. Ceci nous conduit à nous interroger sur l'exhaustivité du recueil des données sur l'obésité car, si l'on s'en tient à l'ensemble des données nationales épidémiologiques sur la progression de la maladie, nous devrions donc relever davantage de patients obèses dans le service. Quelques pistes permettent de comprendre pourquoi le résultat de la collecte est faible et très probablement sous-estimé :

Le recrutement du service de médecine est essentiellement local avec une forte représentation des personnes âgées. 66 % des séjours concernent des patients de

soixante ans et plus. Les troubles nutritionnels sont fréquents, mais il s'agit plus volontiers de maigreur dans le cadre de la dénutrition, que d'obésité.

Les patients sont pour la plupart hospitalisés pour des pathologies lourdes et diverses : 13,1 % de pathologies respiratoires, 12,8 % de pathologies circulatoires et 8,6 % de pathologies neurologiques pour ne citer que les principales. L'obésité est un facteur aggravant la lourdeur de la prise en charge dans la mesure où elle est importante, mais ne constitue pas une préoccupation médicale dès lors qu'elle est modérée et n'entraîne pas de modifications profondes de la prise en charge.

Quand l'obésité est une pathologie associée, c'est à dire qu'elle ne constitue pas le motif principal de la prise en charge, elle peut et devrait être codée. Toutefois, ce codage n'a d'incidence sur la valorisation du séjour que lorsque l'obésité est sévère et justifie des codes de niveau 2 ou supérieurs. Selon l'IMC, le niveau potentiel est le suivant :

- IMC inférieur à 30 kg/m² - niveau de sévérité 1
- IMC compris entre 30 kg/m² et 40 Kg/m² - niveau de sévérité 2
- IMC supérieur ou égal à 50 kg/m² - niveau de sévérité 3

Par conséquent, ce n'est que dans les cas où les malades ont un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m², que la codification de l'obésité en diagnostic associé peut avoir une incidence sur la valorisation. A titre d'exemple, pour un patient de 1m75, le poids doit être supérieur à 92 kg. Ce profil de patient est effectivement rare en service de médecine. Le DIM, lors de ses contrôles qualité, ne peut coder une obésité qui aurait été omise par le praticien, que s'il dispose des éléments cliniques permettant d'étayer ce codage (poids et taille et/ou IMC). Or, dans de nombreux dossiers, ces indications ne sont pas disponibles.

2. Discussion

2.1. Le mode de recrutement des malades est un facteur explicatif de la faible densité de sujets obèses dans le service de médecine

Comme pour les Centres Hospitaliers de La Meynardie ou de Gourdon, la patientèle du Centre Hospitalier de Castelnaudary est essentiellement locale, le plus souvent constituée de personnes âgées adressées par les médecins de ville. Parce qu'il s'agit d'une unité de médecine polyvalente sans spécialité avérée, le recrutement est également non sélectif. L'accueil de patients obèses est davantage lié à des situations d'urgence ou aux rapports de réciprocité (Andreo, 2004, p. 113) entre les patriciens du service et les médecins de ville avec lesquels ils sont en contact au quotidien. Dans 40 % des cas, le service de médecine à Castelnaudary est alimenté par les urgences du Centre Hospitalier et c'est par cette voie qu'ils sont admis en médecine. Mais il y a quelques situations plus exceptionnelles où ces malades présentés comme « à la marge » des critères de sélection du service, font malgré tout l'objet d'une admission en institution. Cette forme de « solidarité organique » au sens de Durkheim, entre médecine de ville et médecine hospitalière, relève d'un échange de services entre professionnels de santé en recherche de solutions médicales et contribue à entretenir les relations confraternelles entre médecins sur le territoire. Ces patients assurent conjointement le soutien de l'activité du service et de son taux de remplissage, pour garantir les recettes dans un système de T2A, en dépit des conditions imparfaites d'admission.

Le constat que dressait Claudine Herzlich (1973), il y a près de quarante ans pour un service de médecine d'un hôpital parisien, reste toujours d'actualité dans notre recherche, bien qu'à nuancer : de l'aveu des soignants « nombre d'entrants sont admis sur des critères autres que purement médicaux » (personnes en grandes difficultés sociales, sans ressources...). Ces admissions sont par-dessus tout révélatrices des difficultés auxquelles se heurtent les professionnels de santé de

premiers recours et de leurs patients qui ne savent pas vers qui se tourner pour trouver une prise en charge adaptée.

2.2. Le dispositif de gestion est révélateur du coût élevé de la prise en charge hospitalière

La valorisation de l'obésité a été effectuée à partir des GHS dont les tarifs en euros sont déterminés, chaque année, par arrêté du Ministre de la santé. Ils font l'objet d'ajustements réguliers en fonction des évolutions des dépenses de santé. Plus explicitement, pour chaque établissement de court-séjour, les GHS correspondent à une part importante des ressources d'activité évaluée par le PMSI et versée par l'assurance maladie pour couvrir leurs charges d'exploitation. Ces données ont été croisées avec les coûts de revient des séjours tels qu'ils ressortent de l'Echelle Nationale des Coûts (ENCC) pour l'année 2009, dans le tableau 7, page suivante. L'ENCC est un outil qui a vu le jour dans le courant des années 1990 avec comme finalité, d'apporter une meilleure connaissance des activités hospitalières et de leurs coûts. Il a pris véritablement un essor stratégique en 2004 avec la mise en œuvre de la T2A. Il sert aujourd'hui de support aux calculs des tarifs des GHS.

Tableau 7. Valorisation financière des séjours des 30 patients du service de médecine selon les différents types d'obésité

GHM	Intitulé GHM	Tarif GHS au 01/03/2012	Coût complet hors structure Base ENC 2009	Résultat (Tarif- Coût)
10M091 ⁵⁸	Obésité - niveau 1	1512.76 €	1608 €	- 95.24 €
10M092	Obésité - niveau 2	2761.46 €	2692 €	69.46 €
10M093	Obésité - niveau 3	3655.35 €	4452 €	-796.65 €
10M094	Obésité - niveau 4	5515.09 €	9260 €	-3744.91 €
10M09T	Obésité très courte durée	516.50 €	600 €	-83.50 €

De cette étude de données croisées, il ressort un premier constat plutôt surprenant : en dépit de la revalorisation des tarifs, la prise en charge de l'obésité est une activité globalement déficitaire. En dehors de l'obésité de niveau 2 de sévérité, les charges sont supérieures aux tarifs dans quatre chapitres sur cinq. Si l'on ajoute à ce chiffrage, l'indicateur des DMS réelles pour 2009, celles-ci sont proches des bornes basses, c'est à dire des seuils en deçà desquels les tarifs sont minorés. Ce qui signifie que les établissements de l'échantillon de l'ENCC ont déjà optimisé leurs coûts de revient des séjours et que les marges d'économie sont faibles.

Si l'on pousse plus avant l'analyse en procédant à une comparaison des tarifs de l'obésité à ceux d'autres maladies chroniques, comme le diabète par exemple, il est facile de démontrer que l'obésité bénéficie d'une tarification bien moins attractive. A partir des vingt-neuf patients codés en « diagnostic associé », nous avons pris comme référence un patient âgé de 64 ans, avec un diabète sucré insulino-dépendant en diagnostic principal et une obésité de sévérité de niveau 1, en diagnostic associé. L'exercice consiste à faire passer en diagnostic principal l'obésité

⁵⁸ Le code du GHM se décompose comme suit : 10 : catégorie majeure de diagnostic « Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles » ; M : Séjour Médical ; 09 : Compteur (9ième racine du groupe 10M) ; 1 : niveau de sévérité.

et en diagnostic associé le diabète (tout en gardant inchangés les autres diagnostics associés) de façon à mesurer la variation du GHS. Le résultat est retracé dans le tableau 8 :

Tableau 8. Etude comparative des tarifs des GHS pour un même patient reconnu en diagnostic principal soit comme obèse, soit comme diabétique. Les diagnostics associés restent inchangés

Patient âgé de 64 ans – Durée moyenne de séjour en médecine : 9 jours					
	Code	Type	Sévérité	Libellé	GHS
Cas n°1	E.10.4	DP	2	Diabète sucré insulo-dépendant	3835,85 €
	E.66.99	DAS	1		
Cas n°2	E.66.99	DP	1	Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle inconnu	2774,56 €
	E.10.4	DAS	2		

Par ce simple jeu d'écriture, nous obtenons une valorisation supérieure du tarif du diabète de près de 40 % par comparaison à l'obésité. Pour les autres 28 patients, nous avons procédé à la même simulation, en posant l'obésité en diagnostic principal. Le résultat final aboutit à une valorisation totale de 89 012 euros, contre 108 835 euros constatés en 2011, soit une moins-value de recettes de 19 823 euros (- 18,21 %).

Ces deux démonstrations rejoignent la suggestion du rapport Basdevant qui préconisait la « valorisation du GHS à un niveau supérieur ». De toute évidence, la validation d'une telle proposition serait un signe fort envoyé aux hospitaliers. Il permettrait, il est vrai, de corriger certaines imperfections de l'outil PMSI incapable de rendre compte avec précision, de la pluralité des tâches à accomplir, notamment de la dimension sociale et environnementale de la maladie et de ses charges induites. Mais, il deviendrait surtout, un mécanisme de soutien et d'incitation des professionnels de santé à une plus forte mobilisation autour de la pathologie tout en les encourageant à être plus attentifs à sa valorisation.

Notre étude serait incomplète sans intégrer un autre paramètre considéré comme le premier des obstacles à l'accès aux soins dans les hôpitaux, à savoir, les investissements nécessaires à l'accueil des patients :

« J'ai le souvenir très précis d'une situation qui a duré six mois en chirurgie plastique, ici au CHU de Rangueil. Ce type de situation, l'hôpital assume le coût, ce patient on l'a gardé en chirurgie six mois... ». (Directeur délégué du pôle gériatrique, CHU de Toulouse)

Il s'agit d'évaluer si les ressources financières objectivées par la fonction de codage, si limitées soient-elles, sont suffisantes pour couvrir les charges fixes que représenteraient les achats d'équipements et l'aménagement des locaux. Pour reprendre le cas de notre hôpital de proximité, les 30 séjours codés sur l'exercice 2011 ont été valorisés à 108 835 euros. Par son activité de Soins de Suite et de Réadaptations (25 lits), l'établissement doit trouver logiquement une place dans la prise en charge l'obésité dans une organisation de soins graduée. Mais, il lui faut engager des investissements conséquents. Sur la base des préconisations du rapport Basdevant, l'estimation des coûts des équipements pour une chambre obèse adulte avec salle de bain adaptée (annexe n°5), est estimée à 22 350 euros⁵⁹. A ces

⁵⁹ La création d'une chambre pour obèse répond à un besoin potentiel sur le département de l'Aude. Ce besoin a été extrapolé à partir de deux facteurs : le nombre de séjours « obésité » de l'Aude, calculé à l'aide de l'ENCC et de la DMS pour l'année 2009, soit 294 séjours, et la population totale de l'Aude. En l'absence de toute statistique nationale sur les taux d'hospitalisation des sujets obèses par département, on peut estimer que le besoin est sous-évalué dans un secteur géographique qui ne compte pas moins de vingt-quatre établissements publics et privés de santé, avec 1 320 lits et places de court séjour (Source : ARS Languedoc Roussillon – SAE 2009). De plus, les caractéristiques sociodémographiques du département abondent dans ce sens. Avec une croissance démographique continue depuis plusieurs années observée par l'INSEE, un revenu par habitant qui, selon le Comité départemental d'Education pour la Santé (CODES 11), classe le département de l'Aude en 2011 au 91ème rang des 96 départements français et au 3ème rang national pour le nombre de bénéficiaires du RSA par habitant, le besoin en lits d'hospitalisation est, semble-t-il, supérieur. Surtout ce chiffre semble quelque peu décalé au regard de la dernière enquête

acquisitions, il faut ajouter l'adaptation des locaux, par des travaux, pour répondre aux critères des surfaces surdimensionnées pour l'installation du lit et des aides techniques. Les chambres, à partir de références architecturales tirées d'une revue canadienne « Objectif Prévention » (ASSTSAS, 2007, pp. 22-25), doivent avoir des surfaces supérieures de près de 30 % à la moyenne d'une chambre d'hôpital traditionnelle.

Au final, sans aller plus loin dans le calcul économique, on mesure très vite pour le seul volet des investissements, que les recettes de l'activité T2A pour un établissement de proximité au budget contraint, sont très largement inférieures au niveau des dépenses et, que sans une aide complémentaire des autorités de tutelle⁶⁰, l'hôpital est bridé dans ses ambitions de traitement de la maladie.

2.3. Le codage de l'IMC matérialise les tensions entre des professionnels de santé aux rationalités différentes

Le second constat tiré de l'évaluation médico-économique, c'est le faible niveau des recettes tiré de l'activité de codage. Ceci nous conduit à nous questionner à la fois sur l'exhaustivité du recensement des patients obèses dans l'institution et sur la qualité du codage lors de leur admission. L'IMC a une double fonction déterminante. Il est à la fois l'instrument statistique de mesure des troubles de la nutrition au sens large et l'élément contributif à la valorisation financière du dossier du patient. Pourtant, du CHU au Centre Hospitalier de proximité, le propos est presque toujours le même :

ObEpi où la prévalence de l'obésité a significativement augmenté entre 1997 et 2009 en Languedoc Roussillon, pour s'établir au dessus de la moyenne nationale avec un taux de 14,2 % en 2009.

⁶⁰ Pour l'année 2011, la circulaire n°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a prévu dans le cadre du Plan Obésité une aide régionale à l'investissement pour l'équipement des SSR de 115 385 euros. Cette aide doit être mise en relation avec le nombre d'implantation d'activité SSR en hospitalisation complète en région Languedoc Roussillon, soit 89 établissements en 2010 selon le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Cela représente une aide moyenne de 1 297 euros par établissement.

« ...il n'est pas utilisé. [...]... on s'est dit : on ne va pas demander à tout le monde de le faire, on va demander à une personne de le faire et on a dédié la tâche, « évaluer l'état nutritionnel », à une seule AS et on a fait cette expérimentation en cardio. On arrive à passer de 20 à 95 % des patients qui sont dépistés ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

L'enjeu est pourtant de taille. Dans un contexte financier où les revenus des établissements de santé dépendent étroitement de leur activité et de la qualité de la collecte de l'information médicale assurée par le DIM, tout défaut du codage de l'obésité et plus globalement des troubles nutritionnels observés, a un impact économique non négligeable, même si il reste difficile à évaluer dans notre recherche. En 2010, une telle étude a été conduite au CHU de Dijon (Brindisi et *al.*, pp. 118-119) au sein du pôle des pathologies digestives, endocriniennes et métaboliques, sur une semaine. Le résultat est assez édifiant : le codage du statut nutritionnel a été omis pour un tiers des patients du pôle sur les feuilles de recueil du PMSI. Dans 10 % des cas, les malades souffraient d'obésité et dans 27 % des cas de dénutrition. Le travail de recodage des 141 séjours a permis d'obtenir un gain de 5 300 euros, soit une progression de l'activité de prêt de 1 %. Extrapolée sur une année, l'étude démontre que le CHU aurait perdu, au sein du pôle, plus de 200 000 euros.

Mais cet impératif économique n'est pas un allant de soi. Le travail de codage qui consiste à ordonner une quantité considérable de données médicales et paramédicales, en mobilisant les équipes soignantes, est une source de tensions.

La première raison tient à la méthode de recueil de l'information qui repose entièrement sur l'action des professionnels du terrain. Le lien entre le DIM et les équipes s'opère à travers un « outil de transmission » : le dossier de soins. Il est constitué habituellement d'un ensemble de documents ou de fichiers, quand il est informatisé, permettant d'apprécier l'état de santé du patient : lettre de sortie, prescriptions des médicaments, prise de température, IMC... Cet outil est à la fois,

un élément historique qui retrace l'évolution de la maladie et un élément de référence pour le DIM dans ses recherches d'amélioration du codage des pathologies. Parce que c'est une tâche contraignante qui requiert du temps et des efforts, les désaccords sont réguliers entre les entités. En effet, le codage participe à la technicisation du travail hospitalier et matérialise le glissement important de l'oral vers l'écrit. Il contribue à l'augmentation considérable des activités administratives dans les services placés sous l'injonction d'assurer, dans les meilleurs délais, les sorties des patients pour répondre aux impératifs de la DMS en régime de T2A. Pour les équipes de soins, davantage concentrées sur le diagnostic et les traitements médicaux que sur l'optimisation du codage, cette procédure administrative complexe est ressentie comme une charge supplémentaire, sans effet concret sur leur quotidien.

Le médecin DIM, de son côté, est pris dans un double niveau d'exigence : répondre au mandat impératif que lui a confié le gestionnaire hospitalier avec l'amélioration de la productivité du codage et, conjointement, s'assurer de la part des services dont il dépend étroitement, d'une collecte optimisée d'informations. Dans cette relation d'agence, où l'information est asymétrique entre les parties, des mécanismes de rééquilibrage et de réduction de l'incertitude sont mis en place à l'aide de mesures incitatives. C'est cette situation qui a conduit dans le secteur public hospitalier à l'instauration des contrats de pôle et l'introduction par la loi HPST, d'un intéressement aux résultats financiers avec une délégation de gestion accordée aux chefs de pôle. En contrepartie des objectifs d'activité arrêtés contractuellement et dont l'atteinte est étroitement liée à la performance du codage, le pôle peut bénéficier d'une gratification qui prend la forme d'un reversement partiel des excédents de recettes d'activité.

La seconde raison trouve une explication dans la reconfiguration des territoires professionnels. Le codage éclaire d'un nouveau jour les tensions entre des identités professionnelles en quête d'appropriation d'un savoir expert. Ces tensions entre médecins, paramédicaux et diététiciennes en quête de prestige et d'autonomie (Dubar et Tripier, 1998), serait de nature à altérer la production du codage :

« Pour l'instant, c'est un peu..., c'est une question un peu délicate le codage de la nutrition, je dirai... Comment dire ça ? C'est-à-dire, le codage et la nutrition, c'est médical, d'accord ? Sauf que, effectivement je pense et moi je suis convaincue qu'il y a d'autres acteurs pour le codage de la dénutrition, comme de l'obésité d'ailleurs, puisque : qui mesure poids, taille, IMC, etc. ?... ça peut être des infirmiers, AS, etc. Je sais qu'il y a des établissements qui ont mis quelque chose en place d'assez carré, des grilles, où chacun peut intervenir et donner ses éléments ce qui facilite le travail du médecin et le codage. Pour l'instant, le codage de la dénutrition comme de l'obésité reste ici exclusivement médical... ». (Diététicienne, Centre Hospitalier de Gourdon)

La sensibilisation des soignants aux enjeux de cette démarche comptable est, par conséquent, un prérequis pour s'assurer de la compréhension des objectifs et de l'adhésion à la démarche.

2.4. L'implication des acteurs hospitaliers dans la lutte contre l'obésité ne peut se résumer à un instrument de mesure de la performance économique

Focaliser l'attention sur l'indicateur de performance du codage de l'obésité en considérant que les bénéfices attendus inciteront les professionnels à un effort durable, c'est faire fi des particularités du travail hospitalier et de son « ordre négocié » (Strauss et al., 1963). L'hôpital repose sur des dynamiques multiples qui exigent un travail permanent de mise en cohérence.

Il faut cependant se garder de négliger la force de l'instrument, attendu que l'essentiel du financement des activités de court séjour à l'hôpital repose aujourd'hui sur son efficacité. Mais, ramener l'activité médicale à cette seule conception technique du soin serait dommageable d'après Virginie Forest (2011). Le codage de la pathologie prendrait, alors, le pas sur la maladie qui se réduirait à un numéro de

dossier. En séparant le soin de l'équipe de soins, cette dernière se trouverait dépossédée de son travail. En outre, en privilégiant la dimension technique des actes, elle serait incitée à délaisser la composante qualitative du soin dont l'évaluation, est d'ordinaire, un exercice assez malaisé.

Le domaine de la santé et de surcroît la prise en charge de l'obésité est une activité singulière, que l'on peut difficilement enclôsser dans une dimension marchande. C'est ce que nous a appris la sociologie de la traduction ou, plus proche de notre recherche, l'approche socio-économique des « Economies de la grandeur » élaborée par Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1987). Selon ces auteurs, il existe « un principe supérieur commun » qui guide les logiques d'action des acteurs et qui permet de mieux comprendre les comportements et les prises de décisions. Ce sont des valeurs, des croyances qui structurent les professions et qui les élèvent. C'est ce que confirme Philippe d'Iribarne dans un entretien accordé au « Panorama du Médecin » (2006). La médecine, et plus particulièrement, le métier de médecin s'incarneraient dans une triple dimension : l'indépendance de la conscience, un univers savant, la tradition prestigieuse. Sophie Béjean (1997, pp. 22-23) ajoute l'éthique professionnelle, le comportement désintéressé, la confiance qui s'établit entre les acteurs de la santé et leurs patients essentielle à la réussite de la démarche de soins. Dans la tradition ethnologique de Mauss, Norbert Alter (2009) explique que ces « biens propres » à chaque salarié « donne sens et efficacité au travail » et conditionne l'engagement collectif.

Finalement, la lutte contre l'obésité va s'inscrire dans un espace collectif où s'articulent deux logiques : une logique que l'on qualifiera de quantitative avec un système d'incitations financières fourni par l'outil de la tarification à l'activité. En effet, la manière dont les tarifs vont évoluer dans les prochaines années ne sera pas sans conséquence tant sur la plan de la recherche de l'amélioration de la productivité des soins, que sur l'effort demandé aux équipes hospitalières qu'il faudra former et renforcer pour assurer la prise en charge des sujets obèses. Mais, une politique de prévention et de lutte contre cette maladie ne peut pas jouer que sur le seul ressort des comportements opportunistes. Il faut alors dépasser cette logique pour agir dans le sens de la valorisation de l'engagement collectif, afin de prendre en compte la

dimension de santé publique de la maladie. Sophie Béjean renforce le poids de cette analyse, en expliquant que toute politique de santé qui ne ciblerait que la vision comptable, serait vouée à l'échec par un rejet collectif, car, elle serait perçue comme « illégitime » et manipulatoire. A l'opposé, la promotion de « l'intérêt général » comme seul vecteur d'incitation essuierait tout autant le manque d'adhésion, car cette valeur serait loin d'être reconnue par tous.

Chapitre X : Un nouvel instrument au service de la visibilité de l'obésité : la création d'un centre spécialisé en obésité

Depuis de nombreuses années, le CHU de Toulouse s'est engagé dans une réflexion collective pour organiser la prise en charge des sujets obèses et éviter de rechercher des solutions dans l'urgence. Ses professionnels sont d'autant plus actifs sur ce terrain, qu'ils ont compris que la maladie risquait de buter frontalement sur les contraintes économiques d'un système de santé en cours d'asphyxie et qu'ils ne seraient plus rapidement capables de répondre d'un côté, aux exigences d'une demande sociale renforcée de soins médicaux et de l'autre, à la maîtrise des dépenses de santé.

Le législateur est venu récemment à leur soutien. Il a pris la mesure de l'enjeu en renforçant le dispositif de la prévention sanitaire. L'un des apports majeurs de la loi HPST est d'avoir introduit dans un volet « Prévention et santé publique », une série de dispositions parmi lesquelles on relèvera des actions individuelles ou collectives destinées à promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique et sportive (article 81), le développement de l'éducation thérapeutique à l'échelon local pour prévenir l'obésité et le surpoids (article 112) sous l'autorité de l'Etat. Mais c'est surtout du côté du PO, qu'il faut voir l'avancée la plus notable. Il ouvre la porte à un nouveau dispositif qui assure la visibilité de l'obésité sur les territoires de santé. Le CHU en assure la conduite. A bien des égards, l'institutionnalisation d'un centre spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée, s'apparente à un essai de transposition des expériences de « *disease management* » conduites à l'étranger pour certaines maladies chroniques. Des expérimentations ont déjà été engagées en France pour l'accompagnement des patients souffrant du diabète de type 1 et 2⁶¹. Pour ce qui concerne l'obésité, nous

⁶¹ On citera le programme « Sophia », soutenu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et mis en œuvre en 2008 dans dix départements français.

n'en sommes encore qu'aux prémices. Ce dispositif contraint les personnels hospitaliers à relever un défi, car ils doivent renoncer « à l'idée de pouvoir guérir » et à un modèle de prise en charge qui se fonderait sur la seule prescription médicale (Balcou-Debussche, 2006, p. 8).

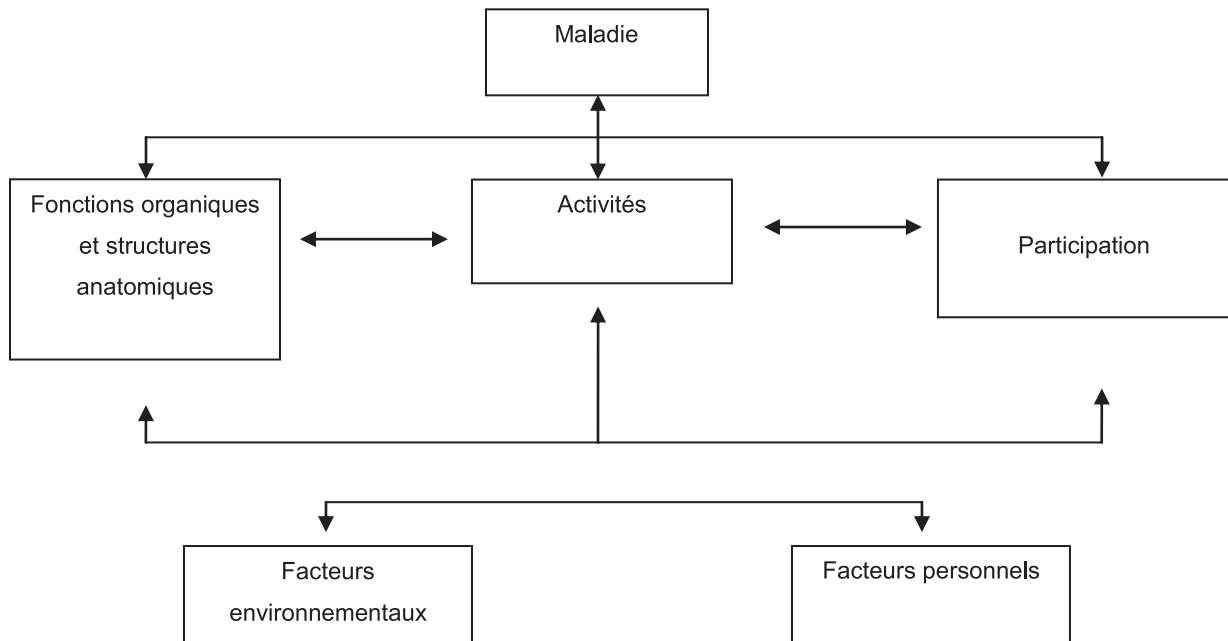
1. L'obésité, une maladie singulière

Pour comprendre véritablement l'obésité et les tensions qu'elle fait peser sur le système des soins hospitaliers, il faut revenir à la réalité de la maladie telle qu'elle est vécue par les professionnels de santé et privilégier le récit. Il s'agit de partir du terrain, pour rendre compte de l'état des savoirs et d'un « vécu qui attend d'être élaboré pour faire sens, moyen de figurer un réel toujours opaque et, parfois, difficilement supportable » (Orofiamma, 2008, p. 80).

1.1. Les femmes Kikuyu, ou le symbole du poids de l'environnement dans le développement de l'obésité

L'obésité rentre dans ces nouvelles catégories de maladie étiquetées comme « complexes », que l'on oppose au modèle dominant des maladies aiguës dont la prise en charge répond à une chaîne, symptôme-traitement-guérison. L'obésité se distingue des maladies aiguës par une approche différenciée, où le médical doit apprendre à composer avec les dimensions psychiques et sociales de la pathologie. Dans la continuité des propos de Vincent Caradec et *al.* (2004, p. 260), un parallèle peut s'établir avec le cancer. Dans ce sens, l'obésité, si l'on devait utiliser une figure géométrique, pourrait constituer un sous-ensemble d'une catégorie générale qui prendrait l'appellation de « maladies chroniques ». La flambée de ces affections dans le monde et des complications qui leur sont associées, notamment en terme d'invalidité, a conduit l'OMS (1993) à travailler sur une modélisation qui en clarifie le contenu. Sous l'impulsion de l'épidémiologiste Philip Wood, une classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (CIH) a vu le jour en 1993 complétée, en 2011, par une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Figure 17) :

Figure 17. Interaction entre les composantes de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS



Source : Rapport mondial sur le handicap – OMS - 2012

L'intérêt d'un tel modèle est d'ouvrir des perspectives de recherche à une socialisation de la maladie en démontrant que la guérison ne passe pas exclusivement par l'action médicale et doit s'ouvrir à d'autres déterminants et, par voie de conséquence, à d'autres acteurs que ceux de la santé : associations de malades, travailleurs sociaux... Cette grille de lecture appliquée à l'obésité, souligne que la prise en charge de la maladie relève tout à la fois, d'une priorité médicale et sociale. Mais, elle présente des limites dans la mesure elle ne rend pas compte de des singularités de l'obésité.

D'après les Professeurs Ritz et Tauber du CHU de Toulouse, cette singularité s'expliquerait par trois facteurs. Le premier tiendrait à la difficulté à faire reconnaître socialement l'obésité comme une maladie :

« Elle est différente des autres, parce que d'abord elle n'est pas reconnue, car il y a encore du débat pour savoir s'il s'agit ou non d'une maladie. Les experts disent il y a un dysfonctionnement du corps et les non-experts disent : « ils mangent trop ». Je ne sais pas vraiment, au sens symbolique, pourquoi on met à l'index les gens qui ont de trop gros corps. Aujourd'hui, c'est toutes les problématiques de l'image du corps, et la stigmatisation et tout ce qui va derrière. Si on regarde loin, les écrits religieux sont à considérer comme des écrits où la pensée collective se sédimente. On a bien un péché de gourmandise et ce péché de gourmandise n'est pas un petit péché, c'est un des péchés capitaux qui mène directement en enfer. Et quand on regarde les représentations du jugement dernier, qu'on soit religieux ou pas, on est bien obligé de considérer qu'il y a eu quelque chose à un moment donné qui fait que, le fait de manger trop, conduit directement à la condamnation [...]. Après, il y a toute une pensée moderne au sujet du contrôle, la toute-puissance du contrôle et la survalorisation du contrôle, qui fait que, l'impression collective que l'obèse est quelqu'un qui se laisse aller et qui n'arrive pas à se contrôler pour être droit, mince, rigoureux. C'est forcément quelque chose qui va le stigmatiser. Ensuite..., il y a un certain nombre de méconnaissances qui sont dans la population générale, mais aussi chez les scientifiques, parce qu'on obéit à des concepts, en matière de régulation du poids, qui sont, je crois, pour la plupart erronés. C'est à dire, on a une croyance extraordinaire en le fait que le poids se régule comme un compte en banque : à chaque fois qu'il y a un euro qui rentre, il y a un euro qui sort, ou alors on le met en réserve ce qui est probablement vrai pour les euros, ce qui est probablement vrai pour les aliments dans une certaine mesure, mais qui, à certaines occasions, est complément faux et ça, on a une peine incroyable à l'intégrer ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Le second facteur de singularité se rapporterait à des données biologiques :

« Tout le travail des cinquante dernières années a été de démontrer que, même si on ne sait pas mettre une explication satisfaisante à la façon ou raisons pour lesquelles les obèses prennent plus de poids dans les mêmes circonstances que d'autres personnes, on a de plus en plus d'arguments pour penser que, biologiquement, ce sont des patients qui se comportent différemment des autres et que, grosso modo, on peut dire qu'il y a deux phases : une phase de constitution de l'obésité, pendant laquelle la plupart des gens se comportent comme les autres et mangent plus qu'ils ne le devraient, donc gagnent des réserves de tissu adipeux, et puis une seconde phase où, ce tissu adipeux devient malade, avec une relative autonomie, n'obéit plus aux grandes régulations physiologiques des gens de poids normal et ce tissu adipeux se met, d'une part à fonctionner mal et pour son propre compte et deux, il se met à envoyer des signaux perturbés vers les autres organes, qui se détériorent à leur tour ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

« ... quand la maladie est constituée, le tissu adipeux passe son temps à libérer les graisses qu'il contient puis à les reprendre, à les relibérer alors qu'il ne devrait pas les libérer. Et, en les libérant, on se retrouve avec trop de graisses circulantes et ces graisses vont aller se stocker un peu ailleurs, dans le foie, dans le muscle, dans le pancréas, et c'est ça qui explique : pancréas-diabète, muscle-diabète, foie-anomalies hépatiques qui vont jusqu'à la cirrhose. Donc, on a bien une maladie, c'est à dire que ce n'est pas qu'un problème de volonté ou d'involonté de manger plus qu'il ne faudrait, c'est aussi un corps qui est complètement dérégulé et qui entretient cette dérégulation. Donc, c'est une maladie, c'est une maladie chronique parce qu'on ne s'en débarrasse pas aussi facilement que ça et qu'au stade de la maladie constituée il devient très

difficile de revenir à un poids satisfaisant, c'est difficile parce qu'il n'y a plus de régulation et puis parce que le tissu adipeux résiste à sa propre réduction ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Le troisième facteur de singularité concernerait l'importance de l'environnement dans le déterminisme de l'obésité. Ce serait un puissant facteur de développement de l'obésité chez l'enfant, ou l'adulte. L'appréciation de cette donnée est essentielle à notre recherche. Elle permet de comprendre que l'organisation des soins ne peut se concevoir sur une unité de lieu comme l'hôpital, mais dans un espace plus vaste où seront pris en compte des facteurs socio-économiques qui touchent directement aux modes de vie des patients :

« Le milieu qu'il faut modifier est lui-même responsable de la maladie. On ne peut pas dire que le diabète, c'est le milieu dans lequel on vit qui induit directement le diabète [...]. Mais pour l'obésité, c'est le milieu même. S'il y a un déterminisme génétique, on a vraiment l'impression que le milieu environnant est majeur. Pour vous dire mon point de vue, qui est peut être un peu différent des autres, c'est que je m'occupe d'une maladie. Je suis coordinatrice sur le plan national du centre de référence du syndrome de Prader-Willi, qui est une obésité syndromique pour laquelle là, le diagnostic, c'est 100% génétique, c'est évident, mais je rajoute, c'est 100 % d'environnement, parce que si on a un environnement qui va être efficace, on a pas d'obésité et pourtant c'est une maladie génétique où l'obésité a une expression de 100 %. Si on ne fait rien, on est dans 100 % des cas obèse quand on a cette maladie génétique [...]. Quand j'ai commencé il y a 24 ans, c'étaient des enfants de quatre ans qui pesaient 80 kilos... et pourtant aujourd'hui, à 4 ans, on peut dire qu'il a 10 % des enfants qui sont obèses. En mettant un cadre on y arrive très bien... Dans l'obésité, c'est le milieu environnant qui est le ferment du développement de l'obésité ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

« Il y a des exemples assez amusants qui ont été validés scientifiquement, qui font que, l'économie énergétique d'un individu ne peut pas être dissociée de son environnement [...]. Je vous donne un exemple, celui des femmes Kikuyu au Kenya qui sont de grandes femmes minces, qui peuvent porter des charges sur leur tête pendant une très longue période. On ne comprend pas comment en mangeant si peu et en étant si minces, elles peuvent porter de telles charges sur leur tête. On a pris des GI's et on a essayé de faire la même chose et on n'y arrivait pas. Jusqu'au moment où on a découvert que ces femmes utilisaient pour leur marche un mouvement pendulaire qui faisait que, quand la charge sur leur tête sortait de la zone qui s'appelle le triangle de sustentation, là où il y a le centre de gravité, elles utilisaient l'énergie cinétique du mouvement comme quelque chose qui les faisait marcher. Et donc, l'énergie venait du mouvement et ne venait pas de leur corps. C'est pourquoi je dis cela : si l'on intègre l'ensemble des thermodynamiques, c'est juste, il y a des calories, mais il y a une partie des calories qui vient d'ailleurs et qu'on a oublié de compter [...]. Il y a l'espace urbain, le fait qu'il fasse plus chaud, enfin, qu'on a moins froid, qu'on perde pas d'énergie à se chauffer. Il y a le fait que l'on ait changé de flore bactérienne à l'intérieur du tube digestif. C'est en lien avec l'alimentation mais, on héberge à l'intérieur du corps des milliards de bactéries qui fabriquent du travail, qui aident à la digestion et les travaux assez récents dans les cinq dernières années, ont montré qu'en fonction du type de bactéries qu'on hébergeait dans son tube digestif, on allait avoir une exhaustivité de la digestion qui était plus ou moins grande. Ça, c'est l'environnement qui est à l'intérieur du corps mais qui est influencé par ce que l'on mange, par son activité physique, etc. Donc tout ça, on a oublié de le compter ».
(Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Pour être pleinement exhaustif, d'autres facteurs complémentaires renforceraient cette singularité. Tout d'abord, l'obésité serait une porte ouverte à des pathologies associées pouvant affecter plusieurs organes chez les patients, ce qui conduirait les professionnels à la qualifier de « maladie complexe ». Les outils thérapeutiques classiques sont inopérants sur la maladie. Pire, certains choix médicaux pourraient aboutir à des effets secondaires susceptibles d'engager le pronostic vital, en particulier, chez les sujets les plus fragiles :

« Le risque d'altération fonctionnelle chez l'obèse sarcopénique est majeur. Si l'on fait maigrir quelqu'un, on perd obligatoirement de la masse grasse et de la masse maigre, c'est obligé. Et donc, on aggrave leur sarcopénie et donc on aggrave leur incapacité fonctionnelle. On fait donc perdre du poids, on est peut-être actif sur le plan métabolique, cardio-vasculaire, mais on altère leur qualité de vie. Donc c'est des prises en charge totalement différentes ». (Médecin gériatre, chef du pôle gériatrie, CHU de Toulouse)

Et, lorsque des succès sont obtenus, ces derniers sont souvent de courte durée ce qui conduirait les médecins à procéder par tâtonnement, à des réajustements des prescriptions médicales. La foi absolue dans les traitements médicaux pour ces sujets serait ici atteinte et la remise en question des systèmes de soins bien établis serait souvent considérée par les soignants, comme un échec, voire une régression. De ce sentiment d'impuissance, peut découler un renoncement du médecin à engager tout projet thérapeutique de lutte contre l'obésité. La maladie, en effet, déjoue « l'unité de temps, de lieu et d'action » et modifie les « hiérarchies classiques des savoirs ou des positions » (Salomez, 2011) :

« J'ai pris connaissance par un médecin de l'établissement, d'un travail de quelques groupes, une dizaine, pour des personnes en surpoids, mais, il y a beaucoup d'échecs. Sur dix personnes, une seule a perdu 1,5 kg. Echec total pour les soignants et pour les patients. Une cause : ce sont des patients polypathologiques avec une lourde médication et leur surpoids ou leur obésité est liée à une cause iatrogène. On a essayé d'équilibrer avec un suivi psychologique et, chaque fois que l'on a voulu changer de traitement, on trouve des patients qui décompensent. On a été obligé de repartir avec des neuroleptiques classiques. Par contre, les nouveaux neuroleptiques donnent de bons résultats et on arrive à équilibrer. Cela peut expliquer pourquoi l'établissement n'a pas été encouragé à prendre des mesures de lutte contre l'obésité ». (Médecin gériatre, CH La Meynardie)

« Dans l'efficacité de la prise en charge de l'enfant, on sait depuis toujours qu'il y a moins de 30 % qui ont un succès en terme de corpulence et ceux qui ont un succès, il y en a beaucoup qui rechutent et c'est donc vraiment un échec thérapeutique, c'est un échec de prise en charge que les soignants vivent mal... La clinique de M. que vous connaissez, ils se sentent inefficaces alors que c'est une clinique qui est connue pour ses résultats, qui fait de l'éducation thérapeutique du patient, même eux, se sentent inefficaces, à cause des rechutes, c'est incroyable... ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

1.2. La singularité de l'obésité met sous tension l'appareil hospitalier

La singularité de l'obésité bouleverse, le quotidien du travail des professionnels, en les entraînant « au-delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale pour une période de temps indéterminée... » (Baszanger, 1986). Elle crée, de cette façon, de l'incertitude par le dérèglement des pratiques professionnelles traditionnelles qu'elle induit. L'appareil hospitalier doit, en effet, s'adapter en permanence à la trajectoire des patients. En s'inscrivant à un carrefour, entre le médical et le social, l'obésité soulève une série de difficultés, tout d'abord, au niveau de l'appréciation des ressources que peut mobiliser l'institution hospitalière dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

Ces ressources sont de deux ordres, thérapeutiques avec l'arrivée de nouveaux acteurs dans la chaîne du soin (psychiatres, psychologues, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes...) et bien entendu techniques, avec des investissements lourds. Pour les ressources humaines, en dehors des établissements ou des services hospitaliers spécialisés qui disposent d'équipes pluridisciplinaires, les hôpitaux sont rarement dotés de compétences spécifiques qu'ils ne sont d'ailleurs pas en mesure de financer :

« Pour moi, dans le traitement de l'obésité, il y a l'accompagnement avec l'éducation thérapeutique qui peut être délivrée avec les différents professionnels et il y a la prise en charge médicale de l'obésité qui peut se solder par des anneaux gastriques. Ce deuxième champ, je ne pense pas que nous aurions une file active suffisante pour l'alimenter, sans compter les compétences médicales et chirurgicales. On se contentera très certainement du premier volet qui, encore une fois, est l'accompagnement de l'éducation thérapeutique ».
(Directeur du Centre Hospitalier de Gourdon)

Et quand ils sont dotés de quelques spécialistes, ces derniers doivent souvent lutter pour leur reconnaissance. Le cas des diététiciens est révélateur de ces difficultés. La comparaison entre l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC) du CHU de Toulouse et un établissement hospitalier de proximité est assez parlante. L'UTNC place la profession de diététicien au cœur du processus de changement de l'organisation de la prise en charge. Les diététiciens sont mobilisés autour de la création d'outils d'aide à la rationalisation des moyens hospitaliers :

« On est en train de reprendre le service diététique pour reconstruire le projet du service [...]. Considérant que la plupart des hospitalisations sont programmées, peut-on savoir ou prédire à l'avance, de quels besoins en terme de soignants autour de l'alimentation et la nutrition le patient a besoin à son arrivée? Autrement dit, quand on appelle Monsieur D. pour lui dire : « vous allez venir le 3 mars et on va vous accueillir pour quatre jours », en même temps, on peut lui poser quelques questions toutes simples : avez-vous perdu du poids? Combien? On a créé des petits outils, le patient n'est pas dénutri, on n'a pas besoin de s'en occuper. Si on a besoin de s'en occuper, à ce moment-là, est ce que l'on peut prévoir ce que l'on va mettre en place? Si c'est une hospitalisation très courte, une journée par exemple, on ne peut pas mettre du face-face, on n'a pas les moyens de consultations individuelles en diététicien mais, on peut protocoliser et préparer l'amplification à l'extérieur plutôt qu'à l'intérieur. Vous voyez, on est en train de penser l'hôpital non pas comme l'endroit où toutes les choses vont se faire, mais l'endroit qui va être la plaque tournante des besoins de la personne ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

En revanche, pour les hôpitaux non spécialisés, le rôle du diététicien est assez mal défini sur les questions portant sur l'obésité, au moins pour deux raisons. La première tiendrait aux effectifs, le plus souvent réduits. Confronté à un ensemble de sollicitations venant des services de soins et de la restauration hospitalière avec

l'élaboration des menus, le diététicien serait dans l'incapacité de dégager un temps suffisant pour se consacrer à la prévention de l'obésité. La seconde trouverait une explication dans son positionnement dans les équipes de soins. La prise en charge du sujet obèse contiendrait *in fine* une dimension où sont en jeu des facteurs d'inclusion, d'exclusion, où les positions et les hiérarchisations d'individus et de groupes les uns par rapport aux autres évoluent, comme le met en évidence le travail de codage.

Dans trois établissements sur cinq de l'échantillon, on constate une certaine mise à distance du diététicien par le corps médical ce qui tendrait à démontrer, du moins pour ces établissements de proximité, que la prise en charge du patient pour les aspects nutritionnels resterait avant tout médicale. Et quand la diététicienne reçoit en consultations des patients envoyés par le médecin endocrinologue de l'établissement, ou plus exceptionnellement par les médecins de ville, ces activités seraient rarement reconnues au niveau institutionnel. Mais, les choses semblent évoluer positivement sous l'impulsion de la loi HPST, qui place au cœur du métier de diététicien, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique nutritionnelle.

L'obésité introduit, ensuite, un changement par les procédures d'ajustement de la qualité dans les services au travers des outils de normalisation des pratiques professionnelles. C'est le cas des indicateurs d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) généralisés par la HAS. Ils sont devenus des éléments essentiels pour l'évaluation de la performance des établissements de santé⁶². Ainsi, dans les cinq thèmes portant sur l'évaluation des activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de moyen séjour, le dépistage des troubles nutritionnels figure dans le recueil obligatoire des informations sur le patient. Dès son entrée dans le service,

⁶² Ces indicateurs de qualité et de sécurité de soins placent les établissements sous la contrainte extérieure par un double niveau d'évaluation : celui du grand public, puisque les IPAQSS font l'objet de mesures de publicité sur le site du Ministère de la santé et servent à alimenter les palmarès des hôpitaux des revues hebdomadaires comme L'Express, Le Point, ou Le Nouvel Observateur et, celui des professionnels de santé dans le cadre des démarches de certification. Qualifiés « d'experts visiteurs », ces professionnels assurent périodiquement des visites dans chaque établissement et s'appuient sur ces indicateurs pour établir leur rapport d'évaluation qui comporte d'éventuelles recommandations et fixe les modalités de suivi de ces recommandations.

son dossier doit mentionner son IMC, en spécifiant sa valeur ou sa classe : insuffisance pondérale, poids normal, surcharge pondérale, obésité et obésité morbide. Par-delà la normalisation de l'activité, le dépistage de l'obésité impose de créer des espaces de travail collaboratif qui doivent permettre de ressouder des collectifs écartelés entre le technique et le relationnel, en associant médecins, infirmiers, diététiciens.

A l'opposé de certains auteurs, tels que Michèle Grosjean et Michèle Lacoste (1999), qui considèrent que la coopération entre les professionnels de soins est une donnée garantie par le creuset commun des savoirs professionnels, nous pensons, que pour ce qui concerne l'obésité, cette collaboration n'est pas un allant de soi. Les savoirs sur la maladie, en effet, sont loin d'être partagés entre les professionnels hospitaliers ce qui rend difficile son diagnostic et par conséquent, la décision commune sur l'élaboration d'un parcours personnalisé de soins. Par ce travail collaboratif à partir de réunions d'équipe, l'obésité ouvre la voie à des espaces « d'intersubjectivité, de compréhension réciproque » Philippe Zarafian (1999, pp. 11-25). Ce dialogue soutenu, doit conduire à des accords portant sur la nature de la maladie à traiter, sur la définition des objectifs à atteindre, des savoirs à développer, et concrétiser la volonté des individus à agir ensemble. C'est une manière de rompre avec des pratiques soignantes plus routinières, tournées vers les soins aigus.

L'organisation du parcours des patients atteints d'obésité sévère au CHU de Toulouse témoigne de ces changements. Des réunions de concertations pluridisciplinaires sont organisées en hôpital de jour ou en court séjour, entre les professionnels travaillant sur le même lieu. Pour les cas les plus complexes, en chirurgie de l'obésité, en diabétologie, ou pour les patients présentant une maladie rare, pour les adolescents en période de transition vers les services adultes, les professionnels n'exerçant pas dans les mêmes unités sont amenés à se réunir « à date fixe pour discuter de dossiers... et élaborer ensemble un projet personnalisé de soins. Les comptes rendus sont tracés dans les dossiers des patients. Dans le cadre d'un protocole de recherche dont le CHU est promoteur, des réunions de concertations pluridisciplinaires pour discuter des adolescents obèses susceptibles d'avoir recours à la chirurgie bariatrique ont été mises en place » (Extrait de la

candidature du CHU de Toulouse en qualité de centre spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-compliquée, p.19).

Enfin, en tant que « maladie sociale », l'obésité contraindrait les professionnels à introduire une double variable « temps » et « sociale » dans les pratiques de soins, assez inhabituelle dans la gestion des maladies aiguës. Il leur faut se plier à la durée d'une affection dont l'issue est bien plus incertaine. Si l'on suit Marcel Drulhe (2000, pp. 15-29) sur le travail infirmier, l'introduction de l'environnement social dans l'exercice du soin, aboutirait à une sorte de « distanciation » dans l'action. Pour ces professionnels, il faut « substituer la lenteur de la décision mûrement réfléchie à la fougue impulsive du passage à l'acte instantané », comme l'exigent les maladies aiguës. Les personnels sont en outre, interpellés par le coût psychologique et social de la maladie (Déchamp-Le Roux, 2002, p. 203) qui frappe plus durement les individus en situation précaire. La prise en compte des facteurs sociaux questionne les organisations du travail fondées sur la rationalité technique des soins. Les soignants sont mal préparés à accueillir cette nouvelle catégorie de patients et l'acceptation de ces changements ne serait qu'apparente. Pour les services placés sous le regard croisé des indicateurs de gestion du sanitaire (T2A, DMS) et du social (prix de journée, charge en soins...), ces malades peuvent devenir alors une charge :

« Ce que je peux dire après, c'est qu'en commission de soin d'admission pour l'USLD, pour des financements très particuliers..., c'est un débat que l'on a systématiquement quand il y a admission d'un patient pour lequel le rapport poids taille serait trop élevé. Voilà, ce sont des questions que l'on se pose. Parce que l'on a une limitation très importante des moyens en EHPAD ou en USLD, alors que l'on a un PATHOS qui mesure la charge en soins qui augmente [...]. Et on se dit, avec un patient avec un IMC trop élevé, « est-ce qu'on le prend ? », « Est-ce que cet étage là, ce secteur-là, vu par ailleurs la charge en soins, est capable de mobiliser une IDE, une aide-soignante pour la toilette », car c'est du temps de toilette qu'il faut mobiliser [...]. On réfléchit quand se

présente un patient obèse sur la liste d'attente, on dit : « pas sur cet étage là car il y a déjà une prise en charge d'un patient obèse ». (Directeur délégué du pôle gériatrique, CHU de Toulouse)

Pour les soignants, au quotidien, la prise en charge de l'obésité représenterait des obligations supplémentaires. Les entretiens le mettent en évidence, la difficulté à « partager un sens commun pour réaliser les soins » (Rothier-Bautzer, 2002, p. 45), du fait en partie, d'un déficit de connaissances sur la maladie, serait de nature à alimenter les croyances et les représentations. Représentations, qui pourraient participer à l'étiquetage et à la stigmatisation des malades. C'est pour tenter de se prémunir contre de telles situations, que le PO préconise dans une mesure 3-4, de lutter « contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société » et, demande aux établissements de santé d'inscrire dans leurs plans de formation des actions de sensibilisation à cette question. Le Ministère de la santé a souhaité par ailleurs, renforcer la formation des personnels de santé à l'éducation thérapeutique en inscrivant cette mesure dans les axes prioritaires de formation des hôpitaux pour l'année 2012.

2. L'émergence d'un dispositif inédit de prise en charge de l'obésité : le cas du CHU de Toulouse

A l'issue de nos entretiens, un constat s'impose : l'organisation hospitalière serait difficilement en capacité, actuellement, de répondre aux exigences d'une maladie qui demande une prise en charge de longue durée et, plus encore, à un afflux massif de patients. Cette remarque, applicable au CHU de Toulouse, et renforcée pour les petits établissements de proximité, qui ne disposent pas d'une taille critique suffisante pour leur permettre d'avoir des unités spécialisées dotées de plateaux techniques adaptés et d'un personnel spécialisé. L'évolution de la maladie a conduit par conséquent, les acteurs du monde de la santé à réfléchir à un système de soins qui passerait par une désinstitutionalisation partielle de la prise en charge de la

maladie. Les centres spécialisés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-compiquée semblent s'imposer comme les nouvelles références dans la lutte contre la maladie. Ce nouveau dispositif a été inscrit au premier rang des cinq actions prioritaires du PO arrêtées dans une instruction de la DGOS du 29 juillet 2011. Les dossiers ont été instruits par les ARS. Le maillage territorial a été établi sur un critère exclusif : la prévalence de l'obésité par région. Trente-sept centres spécialisés ont été retenus au niveau national avec, selon les régions, l'ouverture possible de une à quatre structures de ce type. La Région Midi-Pyrénées, avec un taux de prévalence de 13,6 %, a bénéficié d'un centre spécialisé. La candidature du CHU de Toulouse a été retenue à l'issue de l'appel à projets.

2.1. La construction d'un nouvel espace de travail partagé

Le choix du CHU de Toulouse n'a rien d'anodin. Il trouve une explication dans un travail de longue haleine conduit par certains PUPH du CHU. Ils ont participé à la mise sur agenda de la question de l'obésité, au niveau régional avec l'ARS et, au niveau de la direction générale du CHU. La création d'un centre spécialisé en obésité, concrétise un processus de légitimation d'un petit groupe d'experts, comme l'a décrit Isabelle Baszanger (1990, pp. 257-282) pour l'institutionnalisation des centres de la douleur. Les médecins prennent des positions communes sur cette thématique et donnent au niveau local une « visibilité et une légitimité à ce champ de recherche ». Ils créent des alliances, pour renforcer leurs positions, comme en attestent les lettres de soutien des deux doyens de la faculté de médecine de Toulouse Pupan et de Ranguel et du président de l'université des sciences et technologie, annexées à la candidature du CHU. Parallèlement, ils alimentent l'information des autorités publiques, de façon à les intéresser à la question. C'est un travail de conviction qu'ils réalisent auprès de ces autorités jouissant d'un pouvoir décisionnel, de façon à les conduire à engager les investissements nécessaires à la création de ces entités. Les propos de Patrick Ritz donnent la mesure de cette construction :

« Depuis 40 ans, il y a une recherche en obésité à Toulouse qui est vue, reconnue dans le CHU et à l'INSERM et maintenant une reconnaissance internationale sur le sujet. Donc, il y a déjà matière en obésité. La deuxième chose, elle tient à la masse critique des gens à Toulouse qui, dans le pôle cardio vasculaire et métabolique, parce qu'il y a deux-trois agrégés d'endocrino ont vu l'opportunité d'avoir un agrégé d'endocrino dans le lieu, de le faire venir sur un créneau très carré qui est celui de l'obésité. Il y a un effet d'opportunité du plan obésité. Il y a un autre effet d'opportunité, qui est la nomination d'un conseiller auprès du directeur de l'ARS, qui est quelqu'un de très sensible à l'obésité [...] c'est un médecin, qui vient de la DGOS, qui connaît très bien Monique Romon de Lille qui ont été des personnes instrumentales. C'est une opportunité [...] je n'ai pas besoin de lui expliquer pendant deux heures, il sait tout de suite de quoi on parle, on s'entend... puis, on a un directeur général qui est ouvert, qui a écouté, qui a entendu... ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Reste désormais, à enraciner le centre spécialisé au niveau local. La réponse au cahier des charges des centres spécialisés annexé à l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011, apporte des précisions éclairantes sur ce nouvel outil à la disposition des professionnels de la santé. Dans sa démarche de déploiement, la maladie est abordée sous sa dimension holistique en incluant, à côté des actions curatives, des actions de prévention, d'éducation et de réinsertion. Le modèle suppose inévitablement un élargissement de la communauté des soignants, avec une collaboration plus étroite avec les établissements de soins du territoire de santé, mais surtout, avec la médecine de ville et les sujets obèses eux-mêmes dont la participation active au processus de guérison est une donnée essentielle.

La configuration qui se met en place emprunte aux programmes du « *disease management* » (DM) initiés dans les années 1990 aux Etats-Unis pour les maladies chroniques. Le tableau 9, page suivante, réalisé à l'appui d'une étude de l'IGASS (Bras, Duhamel, Grass, 2006) sur les expérimentations étrangères de DM, permet

d'établir un parallèle avec les composantes du cahier des charges du centre spécialisé du CHU de Toulouse :

Tableau 9. Etude comparée du programme d'action du Centre spécialisé en l'obésité du CHU de Toulouse et du programme de *disease management*

<p align="center">Composantes Centre spécialisé en obésité Cahier des charges CHU de Toulouse</p>	<p align="center">Composantes Programme <i>disease management</i> Etude IGASS</p>
<p>Formalisation d'une filière régionale de prise en charge avec organisation graduée des soins et coordonnée par le CHU :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1^{er} recours : médecins traitants, médecins scolaires, médecins du travail, pédiatres libéraux... . 2^{ème} recours : médecins spécialistes (nutritionnistes, endocrinologues, hôpitaux non spécialisés...) . 3^{ème} recours : hospitalisation services spécialisés, centres spécialisés... 	<p>Dispositif de coopération avec les médecins et les autres fournisseurs de soins. Coopération assurée par des organismes intégrés aux USA (médecins salariés, infirmières diplômées...), des cabinets médicaux en Angleterre, les caisses d'assurance maladie en Allemagne.</p>
<p>Formations spécifiques des médecins de 1^{er} recours assurées par le CHU</p>	<p>Formations à l'attention des patients pour les aider à se prendre en charge (« <i>patient self-management</i> ») et des professionnels de santé</p>
<p>Elaboration d'outils d'évaluation, de protocoles pour un projet personnalisé de soins (y compris pour les patients vulnérables et handicapés à tous âges)</p>	
<p>Programme d'éducation thérapeutique de proximité (ETP) porté par le CHU</p>	<p>Education thérapeutique à l'appui des interventions téléphoniques – Processus « <i>d'empowerment</i> » du patient.</p>
<p>Alternative à l'hospitalisation : groupes de parole, ateliers, consultations...</p>	
<p>Télé-coaching enfants/adolescents, appels téléphoniques par infirmières formées du CHU</p>	<p>Interventions qui s'appuient sur des appels téléphoniques de professionnels de santé (des infirmières essentiellement) guidées par des recommandations de bonnes pratiques : soutien du patient à un comportement adapté (« <i>coaching</i> »), observance des traitements, orientation du patient, préparation des consultations, planification des soins.</p>
<p>Diagnostic social et sociologique : outil de repérage des situations de précarité et de précarisation</p>	
<p align="center">Indicateurs de qualité</p>	<p align="center">Recommandations scientifiques</p>

L'organisation du centre spécialisé se différencie sensiblement du programme de DM principalement sur deux points. Le premier tient à l'orientation médicale bien plus affirmée, par comparaison au DM où la réduction des dépenses médicales est l'objectif avoué. Les assureurs privés soutiennent l'idée que les coûts relatifs à la mise en œuvre de ces programmes, sont inférieurs à ceux de l'hospitalisation (Szecsenyi, 2010, p. 92). Ce point est fortement controversé, constate l'IGASS (Bras, Duhamel, Grass, 2006), en raison de méthodes d'évaluation des gains financiers perfectibles. Le second tient à l'approche graduée des soins que l'on ne retrouve ni dans les exemples américains ou anglais, ni dans le modèle allemand. La grille de lecture induit l'idée pour reprendre Maguelone Vignes (2010, pp. 438-441) sur la prise en charge des malades atteints du SIDA, d'une démarche hybride avec un « recours combiné », où les interventions du CHU s'agencent à celles de la sphère extra-hospitalière. Cette conception d'une complémentarité horizontale des compétences au niveau régional, soutenue par l'assurance maladie (Morin et *al.* 2010, p. 591), part de l'expérimentation étrangère pour en corriger certains excès. Elle préconise un mode d'organisation des moyens avec une intensification de la coordination aux deux extrêmes de la chaîne des soins. D'un côté, les structures hospitalières s'orientent vers la prise en charge des malades souffrant d'une obésité sévère ou multi-compiquée et de l'autre, la médecine de premier recours se voit doter de ressources pour jouer sa mission de « garde barrière » (« *gatekeeper* ») de l'obésité au niveau du territoire.

Le nouvel instrument se rapproche du DM par certaines de ses composantes : développement de l'éducation thérapeutique, formation des professionnels et des patients, expérimentation des appels téléphoniques aux malades. L'offre de formation est portée conjointement par la faculté de médecine de Toulouse qui propose des formations courtes, adaptées aux exigences de l'activité des médecins de ville et par les universités des sciences humaines et des sciences et technologies, avec des formations diplômantes (Masters, diplômes inter-universitaires) ouvertes aux personnels paramédicaux et aux gestionnaires (directeurs des ressources humaines). Un programme de télé-enseignement est également à l'étude par le RePPOP pour les enfants et les adolescents. A l'image des centres de la douleur, ces actions présentent un double intérêt : elles sécurisent les médecins de premier

recours, qui peuvent s'appuyer sur un centre d'expertise leur assurant, une information à partir de données scientifiques et une prise en charge adaptée à l'appui de protocoles basés sur des indicateurs de qualité. De plus, l'accès à la formation renforce la production des savoirs, tout en leur donnant une assise grâce au système universitaire. La structuration du centre spécialisé est toutefois plus avancée que celle du DM, car, elle embrasse la composante sociale de la maladie par le développement d'une activité de diagnostic social et sociologique. Il s'agit d'un outil développé par l'équipe de recherche de Jean-Pierre Poulain de l'Université de Toulouse II, dans le but de combler une carence observée lors de l'élaboration du projet personnalisé de soins. En effet, lors de l'étape du diagnostic de la maladie, les professionnels de santé sont rarement en possession d'indicateurs sociaux concernant la précarité ou la précarisation des sujets obèses.

2.2. Le médecin traitant, porte d'entrée de la prise en charge de l'obésité sur son territoire

En proposant une offre graduée de soins, en faisant du médecin traitant⁶³ la porte d'entrée de la prise en charge des sujets obèses, le centre spécialisé emboîte le pas à la réforme de l'organisation des soins et de maîtrise médicalisée des dépenses, prévue par la loi du 13 août 2004. Cette dernière a été largement commentée par les médias à la suite des controverses sur le respect du secret médical avec sa mesure phare, relative à la création d'un dossier médical personnel (DMP) informatisé. Cette mesure, cependant, ne peut être dissociée d'une autre disposition moins médiatisée mais tout aussi importante, avec l'avènement du médecin traitant. Parce qu'il est le mieux placé pour appréhender les besoins de sa clientèle, il doit endosser de nouveaux habits en devenant un véritable « promoteur dans l'action publique de la

⁶³ Dans 99,5 % des cas, les médecins traitants sont des médecins généralistes (Barnay et al., 2007, p. 112). Appelés également « médecin de famille », ce sont des spécialistes dont l'activité couvre un large champ d'intervention puisque, à la dimension physique des soins, viennent s'adjoindre dans une approche plus globale, les caractéristiques psychologiques, sociales et culturelles de la maladie.

santé » (Monneraud, 2011, pp. 276-296). Dans son espace territorial, il est chargé de guider les malades, de les orienter dans un parcours de soins coordonnés :

« C'est ce qui émerge aujourd'hui au moins en Midi-Pyrénées, ailleurs je ne sais pas très bien. L'idée, c'est que les médecins traitants ne vont plus être seulement des soignants pour un groupe de population, ils vont être responsables, des organisateurs de l'état de santé d'un territoire qui leur sera confié ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Ce modèle est une hybridation de deux dispositifs de santé implantés dans les pays anglo-saxons. Le premier est celui que l'on connaît outre-manche sous l'appellation de « *gatekeeper* », littéralement « gardien de barrière ». L'objectif est d'assurer une régulation des dépenses de santé et, dans cette fonction, l'activité du médecin traitant consiste en une fonction de « triage » des malades avant tout recours aux médecins spécialistes. Mais, dans le cas de l'obésité, avec la répétition des soins et la mobilisation de plusieurs spécialistes, la fonction de triage s'efface au profit d'un travail plus exigeant avec une individualisation des soins qu'impose la protocolisation. Le pont entre le secteur hospitalier et le secteur libéral se réalise par la voie d'un travail de normalisation, à l'aide de protocoles ou de référentiels. Ils constituent de nouveaux outils assurant tout à la fois, la mise en cohérence des professionnels et un partage de la responsabilité des soins. Ces derniers sont le fruit d'un travail de co-construction entre les professionnels de la santé au sens large et constituent des recommandations de bonnes pratiques :

« Nous proposons que le centre spécialisé coordonne l'élaboration d'un référentiel de programme personnalisé de soins (PPS) et de programme d'éducation thérapeutique de proximité ; ils seront co-construits avec les professionnels de premiers recours. Le référentiel de PPS fait la synthèse des déterminants et conséquences de l'excès de poids et s'appuie éventuellement sur des compétences de recours (médecins spécialistes, diététiciens...), il intègre des outils simples d'évaluation de l'activité physique et de l'alimentation, et d'évaluation psychologique et sociale » (Extrait de la candidature du CHU de Toulouse en qualité de centre

spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-compiquée, p.27).

Le second modèle est celui de la gestion des soins intégrés (« *care manager* ») avec l'exemple du *Keiser Permanente (KP)*. Celui-ci est régulièrement pris comme référence dans la littérature médicale (Borgès Da Silva et al. 2005 ; Slama-Chaudhry et al. 2008). Il a pris son essor dans les années cinquante en Californie et se présente comme une organisation qui offre à ses quelques huit millions d'assurés, l'accès à un réseau médical où sont associés des hôpitaux et des cabinets médicaux au sein d'une fondation à but non lucratif, la « Kaiser Foundation ». La coordination des différents acteurs du soin est réalisée au niveau du médecin de premier recours qui est, selon les cas, soit le médecin généraliste, soit le spécialiste (pédiatre, obstétricien, gynécologue). Ces médecins ne sont pas payés à l'acte, mais sont des salariés de la fondation. L'« *Evidence Based Médecine* » et les recommandations des bonnes pratiques professionnelles servent d'éléments de référence pour la gestion des maladies.

Trois facteurs clés sont avancés pour expliquer l'efficacité du système : l'accès aux soins par les médecins de premiers recours rend plus rationnelle l'utilisation des lits d'hospitalisation de court séjour avec, comme conséquence, une réduction des durées de séjour de 20 % ; une gouvernance de l'institution où sont associés médecins et personnels administratifs. Cette approche commune expliquerait l'efficacité des contrôles à l'origine de la division par trois du nombre de séjours à l'hôpital ; un important dispositif d'information avec, pour les professionnels de santé, un accès partagé au dossier informatisé du patient, à des consultations *on-line* et pour les malades, une information sur l'éducation thérapeutique à l'aide de brochures et d'informations sur Internet. La stratégie de communication jouerait un rôle prépondérant dans la promotion de l'offre de soins. C'est un des traits dominants du projet de centre spécialisé du CHU. Du pilotage régional avec l'ARS à la tête d'un comité où participent l'éducation nationale, l'agriculture et l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), aux médecins de premiers recours, plusieurs outils sont valorisés. Ils assurent un véritable maillage du territoire et ciblent, tout à la fois, les enfants et les adultes : sites Internet du CHU, de l'ARS,

du RePPOP, du réseau Diabète Midi-Pyrénées (DIAMIP), des établissements de santé.

Il faut toutefois insister sur le fait, qu'il ne s'agit là, que d'une adaptation partielle des modèles anglo-saxons. L'organisation actuelle du système de soins français se prête assez mal à une transposition intégrale de ces dispositifs et ce, pour deux raisons au moins : tout d'abord, le médecin traitant est amené sur son territoire, à endosser des tâches multiples qui ne se limitent pas aux soins des maladies au long cours. Il ne semblerait pas suffisamment armé pour assurer ces activités qui requièrent des temps d'accompagnement, de suivi et de soutien. Selon Pierre-Louis Bras (2011, pp. 113-126), il est vain de vouloir renforcer les exigences professionnelles des médecins traitants « alors même que le temps médical disponible par patient va diminuer »⁶⁴. Sur ce point, il y a malgré tout débat :

« Au niveau de la médecine de ville, les généralistes ne sont pas préparés. Dans les études, ils ne sont pas très présents. Il faut un DU nutrition, il faut s'intéresser aux modes de vie, ils ont du mal. On est en train de préparer des protocoles à leur intention. D'abord, parce que cela demande du temps, car l'obésité c'est une question multifonctionnelle : le sommeil..., une heure de sommeil perdue, on sait que cela accroît la surcharge pondérale. C'est une question de compétence aussi... « Combien de temps passez-vous devant la télévision ? », c'est une enquête sur la qualité de vie. Sur les professionnels de santé, il y a du travail à faire ». (Chargé de mission ARS)

⁶⁴ A partir d'une enquête réalisée auprès de 922 médecins généralistes, portant sur 44 000 consultations réalisées en cabinet et de 6 000 visites effectuées à domicile, la DRESS (2004) a évalué en 2002 le temps moyen d'une consultation : dans 70 % des cas, la durée moyenne est comprise entre 10 et 20 minutes. Pour les maladies chroniques, la durée d'une séance est le double de celle relative à des affections aiguës d'évolution bénigne.

Patrick Ritz relativise cette observation. Le manque de temps et de compétence des médecins de premiers recours ne seraient pas des facteurs rédhibitoires dans l'organisation de la prise en charge :

« Ce qui ressort aujourd'hui en termes d'efficacité de la prise en charge de l'obésité, c'est le temps d'exposition aux soins. C'est-à-dire, ce n'est pas la qualité du soignant c'est le nombre d'heures passées avec ce soignant donc, plus on va voir les gens souvent, mieux cela va marcher. Si on met des tous petits objectifs évalués par une personne qui n'a pas une très grande compétence comme celle du médecin traitant, on a des chances que cela marche infiniment mieux et cela a été prouvé que cela marche mieux que de mettre de façon rare une très grande compétence ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Ensuite, parce que ces dispositifs butent sur l'autonomie professionnelle que confère au médecin traitant le statut d'activité médicale libérale. Il bouscule « une singularité française » (Barnay et al., 2007) sur laquelle repose la médecine libérale, à savoir le paiement à l'acte. Et, même si des évolutions sont observées⁶⁵, c'est un principe auquel resteraient attachés les médecins d'après Michel Grignon (2011, pp. 54-55). Il explique combien cette symbolique est forte pour ce groupe social. Cela se traduit dans les faits, par un refus catégorique des syndicats représentatifs de la profession de négocier avec l'assurance maladie sur « le principe de la politique des revenus. En effet, cela pourrait impliquer l'idée que les médecins travaillent pour une mission de service public sous le contrôle des caisses ou de l'État et pourrait entraîner concrètement un contrôle de la qualité du service rendu par des institutions extérieures à la profession ». Pour Michel Grignon, ces configurations de soins

⁶⁵ Martine Betti-Cusso dans « Le Figaro » du 17 septembre 2011, s'intéresse au malaise des médecins libéraux. Elle fait le constat que le « salariat a la côte chez les jeunes ». Les jeunes praticiens au regard de la pénibilité des conditions de travail et d'une rémunération à l'acte qu'ils estiment sous-évaluée, seraient plus enclins à opter pour une activité salariée.

remettraient aussi en question « la primauté du colloque singulier » en contraignant le médecin traitant à se soumettre à « une sorte d'obligation de résultat (la « maintenance » de la santé pour reprendre le langage en vigueur aux USA) se substituant à la traditionnelle logique de moyens (des consultations, des visites, des diagnostics) ».

Cette analyse ouvre la voie à une réflexion sur les enjeux des frontières de l'exercice médical et de la coopération entre les professionnels sur les territoires de santé. A l'évidence, l'introduction du dispositif du médecin traitant ne suffira pas à régler les tensions liées à la progression de l'obésité. Par ailleurs, celui-ci ne pourra plus s'appuyer exclusivement sur les hôpitaux qui sont invités à se recentrer sur les pathologies les plus lourdes et à se délester de certaines tâches qu'ils ne sont plus en mesure d'assurer faute de moyens suffisants. La problématique sous-jacente, est celle relative au partage des tâches avec les autres professionnels libéraux de santé. Il ne s'agit pas d'une nouveauté. En 2003, le Professeur Yvon Berland a été missionné par le Ministère de la santé pour réfléchir sur les coopérations entre les soignants. Il préconisait déjà, à l'appui d'expériences éprouvées à l'étranger, de déléguer, voire de transférer des compétences, à du personnel paramédical pour certains actes de soins primaires réalisés jusqu'alors, par les médecins généralistes. Pour les maladies chroniques, il évoquait la possibilité de créer des consultations spécialisées avec des infirmières capables d'assurer des activités de bilan de santé, d'éducation et de dépistage à l'appui de protocoles mis en forme par les médecins⁶⁶. Pour l'alimentation, il soulevait l'idée que les conseils diététiques, mal assurés par les médecins, pourraient être dispensés par des « diététiciens de soins », dont la formation serait renforcée par une licence professionnelle...

⁶⁶ Cette idée a fait depuis son chemin. Une enquête TNS Sofres réalisée du 24 au 27 février 2012 en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) et portant sur un échantillon de 1 006 personnes représentatif de l'ensemble de la population âgées de 18 ans et plus, révèle que pour 69 % des personnes interrogées, la « possibilité pour les infirmières ayant suivi une formation complémentaire d'exécuter des gestes médicaux simples afin de pallier la diminution du nombre de médecins » est une proposition jugée intéressante.

Ces propositions iraient dans le bon sens, mais leurs impacts seraient faibles selon Pierre-Louis Bras (2011) : « les actes principaux du généraliste (consultations et visites) s'inscrivent dans la continuité d'une prise en charge, il paraît délicat d'en déléguer une partie à un professionnel autonome, extérieur au cabinet ». De plus, les médecins sont peu disposés à céder une partie de leur compétence et donc de leur légitimité, à des paramédicaux qui, de leur côté, refusent de se positionner en de « simples exécutantes de prescriptions ou de dociles auxiliaires médicales ». Dans ces conditions, poursuit l'auteur, les professionnels de santé ne seraient pas incités à collaborer par leur manque d'adhésion à l'idée de partager la prise en charge.

Pour autant, il nous semble bien qu'il s'agit d'une voie à privilégier pour notre thématique et ce, dans un contexte d'incertitude des connaissances médicales et de maîtrise des dépenses de santé. Jean-Paul Domain (2004), explique, à partir des réseaux de santé, que tout l'enjeu de ces nouvelles formes d'organisation sanitaire tient, « aux relations de confiance entre les adhérents » et en aucun cas, à des relations marchandes, ou à des relations hiérarchiques. Des rapprochements entre les professionnels de santé « naissent des routines, des modèles de comportement permettant de réduire l'incertitude liée à la prise de décisions ». Loin des démarches coercitives imposées par le pouvoir réglementaire, cette forme de « coordination réciproque » (Contandriopoulos et *al.*, 2001, p. 43), est une manière d'envisager le rapprochement des acteurs de santé sur un même territoire. En jouant sur des liens de complémentarité, il s'agit d'éviter l'errance de certains patients atteints d'obésité. Il s'agit aussi de permettre aux médecins de premier recours de sortir de leur isolement lorsqu'ils sont confrontés à ces questions sanitaires complexes, et de soulager les établissements de santé particulièrement sollicités.

2.3. Le « patient expert » transposé à l'obésité

« ... mon idée est qu'il y a de la ressource chez les patients que l'on n'utilise pas assez. C'est-à-dire ce que l'on appelle le « crowdsourcing » aux USA, c'est l'idée que les ressources sont dans la foule parce qu'elles sont très nombreuses et qu'elles ne sont pas forcément dans la tête des experts. Il faut imaginer aussi qu'il y a des modèles que l'on n'a jamais testés qui font que les gens qui ont réussi à maintenir leur poids ont sans doute des stratégies qui vaudraient pour les gens qui n'y arrivent pas ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

« La richesse c'est de ne jamais oublier qu'on part de l'existant, cet existant est parfois dans le monde, il est là, on l'observe et on va apporter des réponses à ce qui existe vraiment, c'est une vraie richesse ; ça c'est une... ce que j'appelle une approche ETP et beaucoup de professionnels n'ont pas cette approche, beaucoup de professionnels ont une approche descendante qui ne marche pas dans l'obésité, qui ne marche pas dans les maladies chroniques quelles qu'elles soient... ». (Maithé Tauber, CHU de Toulouse)

C'est une constante, dans les modèles de prise en charge des maladies chroniques, à côté du médecin traitant, le patient est appelé à jouer un rôle actif dans son processus de guérison. Il devient un acteur à part entière de la division du travail médical (Baszanger, 1986). Il agit à deux niveaux. Tout d'abord, dans un contexte où la maladie requiert une prise en charge avec l'articulation de plusieurs professionnels, il devient, le plus souvent, un « agent de coordination » (Contandriopoulos et al., 2001). C'est à dire, il mobilise autour de lui les soignants et assure la transmission des informations sur son état de santé et sur le suivi de son

traitement. Ensuite, et c'est particulièrement vrai pour l'obésité, la singularité de la maladie lui donne une dimension supplémentaire, car en dépit de l'amélioration de l'état des savoirs, la maladie recèle encore des zones d'ombres et les ressources thérapeutiques sont insuffisamment développées. Dans ce contexte, le malade devient pour le scientifique, une ressource dans le sens où il le considère comme doté de compétences, ce qui le conduit à l'associer comme un décideur, dans son processus de guérison.

« ...car c'est un bouleversement radical parce que, à l'instar du SIDA [...], c'est une des rares fois où ce sont les patients qui décident de ce que le médecin va faire. Comment cela se passe ? En fait, le patient a entendu parler qu'une chirurgie pourrait lui permettre de perdre du poids de façon durable donc il vient voir le médecin ou le chirurgien et lui dit : « moi je voudrais me faire opérer », Ca change..., ce n'est pas le chirurgien, le médecin qui dit : « on a épuisé toutes les ressources, peut être pourriez-vous considérer que... », mais c'est le malade qui vient demander ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

La mobilisation des malades est souvent envisagée sous la forme d'une démarche collective. Si le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) est mentionné dans nos entretiens, les professionnels font le constat que les associations sont encore peu nombreuses sur le territoire et même inexistantes dans le domaine de l'enfance pour Maithé Tauber. Ils appellent de leurs vœux la création de ces associations qui pourraient devenir de véritables « auxiliaires médicaux » (Rabeharisoa et Callon, 2002, pp. 65-73) par leur faculté à agréger des connaissances et à nourrir les recherches. Ces associations, de plus, par leur militantisme, servent de relais dans l'espace public aux médecins, pour lutter contre la stigmatisation des obèses et ses conséquences dévastatrices sur leur état de santé.

Sur le plan de la mise en œuvre, le recours à l'expertise des patients s'effectue sous la forme d'enquêtes. C'est le cas au CHU de Toulouse qui expérimente actuellement la démarche auprès des sujets obèses ayant subi une intervention chirurgicale par *bypass*. Intervention qui consiste, en une réduction du volume de l'estomac et en la modification du circuit alimentaire. L'enquête prend la forme d'un questionnaire auto-administré en ligne. Il est anonyme et contient douze questions. Le message introductif de l'enquête permet d'apprécier l'intérêt de cette approche :

« Au CHU de Toulouse, nous conduisons une enquête pour laquelle nous avons besoin de votre aide. Nous aimerions recenser les solutions que les patients ont trouvées pour calmer les malaises présentés après une chirurgie par *bypass*. Notre objectif est de comparer une stratégie de traitement prescrite par le médecin et une autre, où toutes les solutions efficaces trouvées par les patients seraient mises à disposition des nouveaux patients. Ainsi, dans un premier temps, il faut recenser ces solutions. En répondant à ce questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes, vous nous aiderez beaucoup et nous vous en remercions ».

Rédigées en des termes simples et compréhensibles par un large public, les questions vont permettre au scientifique de collecter principalement trois types de données : les aliments qui déclenchent les symptômes, les actions permettant d'écourter leur durée et la nature des symptômes pendant les malaises (tremblements, palpitations, difficultés à parler...). Par ce moyen, il va construire une base de « savoirs profanes » à partir de laquelle il va tenter de dégager des régularités au niveau des symptômes, afin de concevoir un traitement expérimental. L'idée également de ce mécanisme de « démocratie dialogique » au sens de Callon et *al.* (2001), c'est de combiner la parole du profane à celle de l'expertise savante, pour relever le défi qui se pose en matière de chirurgie de l'obésité. La difficulté pour Patrick Ritz est d'intégrer un savoir « indigène » dans une dynamique de recherche. Il doit alors réaliser un travail de recomposition du message, pour le mettre en forme scientifique et constituer une « boîte à outils », pour reprendre son expression :

« Les solutions sont sans doute dans ce que les nombreux patients opérés ont essayé. On est en train d'essayer de recenser les solutions qu'ont trouvées les patients pour en faire une grosse boîte à outils avec des outils que je ne sais pas forcément utiliser mais que d'autres que nous ont utilisés. « Utilisez-les et moi, mon rôle d'universitaire, cela va être d'évaluer ces stratégies-là ». (Patrick Ritz, CHU de Toulouse)

Dans ce dialogue, apparaît en filigrane la redéfinition des espaces d'expression et de légitimité dans le domaine de la santé. Se dessinent de nouvelles manières d'envisager la recherche pour des affections complexes, aidées en cela par la place grandissante des technologies numériques. Ces instruments ont largement contribué à la montée en puissance des communautés de patients qui prennent part à l'élaboration d'un environnement de connaissances sur l'obésité par le passage d'une « juxtaposition d'un certain nombre de « je » (caractéristique des sites compassionnels de l'espace extime) à un « nous » capable de structurer des savoirs ou de prendre des positions collectives » (Flichy, 2010, p. 76). Le CNAO, dont l'ambition est de mettre en relation des institutions (Ministère de l'agriculture, des sports, Direction générale de la santé, cliniques, CHU...) et des associations d'obèses, s'est doté d'un site Internet avec un réseau social « carenity.com », assimilable à un centre de ressources. Les forums de discussion et les témoignages de malades sont autant de moyens d'informer, de conseiller sur certaines pratiques chirurgicales, que de témoigner sur sa propre expérience de la maladie. Qualifiés de « pro-am » ou « d'amateurs professionnels » pour matérialiser la relation circulaire qui unit le monde des profanes au monde des experts, ces individus sont créateurs de valeur ajoutée, par l'information qu'ils mettent en ligne sur le web. Patrice Flichy, cite l'exemple du développement conjoint par un malade-ingénieur et un médecin, d'un logiciel de distribution de la dopamine pour les patients souffrant de la maladie de Parkinson. Pour l'auteur, plus le domaine étudié est complexe, plus le recours aux amateurs est nécessaire, compte tenu de la difficulté à couvrir l'ensemble des aspects du problème.

Mais, il y a le revers de la médaille à cette interférence d'un « savoir populaire » (Daubigny, 2004) avec les savoirs médicaux. En s'appropriant une part de ces savoirs, les profanes vont confronter leur point de vue à celui des praticiens, discuter des traitements, éventuellement les remettre en cause, ce qui participe à déstabiliser les professionnels de santé dont le savoir semble altéré. Pour Patrice Flichy (2011), cette émancipation du malade par rapport à l'expertise médicale, contraint le soignant à « changer de position et de ton : ne pouvant plus imposer son savoir par des arguments d'autorité, il doit s'inscrire dans une relation plus égalitaire où il faut expliquer, dialoguer, convaincre, tenir compte des objections de ses interlocuteurs ». S'opère, en fin de compte, un renversement de tendance ou d'un présupposé de symétrie entre des partenaires intéressés au traitement, on aboutit à un « système asymétrique » (Segrestin, 2004, p. 179), où le patient est placé en position de force dans sa relation au praticien. Denis Segrestin parle d'une « logique hiérarchique » qui s'établit entre le fournisseur et le donneur d'ordre, où le premier qui est tenu par des « devoirs », est « l'obligé » du second.

Conclusion troisième partie

Le couple « dénutrition/obésité » exacerbe la relation corps, alimentation, santé. Le corps selon Gilles Boëtsch (2005), est soumis à l'influence de l'environnement social des individus par deux facteurs essentiels qui le façonnent : l'alimentation et l'activité physique ou sportive. L'alimentation, par-delà sa fonction biologique essentielle, est imprégnée de social et de culturel (Fischler 1990, Chiva 1992, Poulain 2002). S'alimenter est loin d'être un acte isolé, c'est un acte social et socialisé. Il s'insère dans un réseau d'acteurs et est le support de plusieurs fonctions : c'est un moyen d'intégration, de communication, mais aussi, un révélateur de l'appartenance sociale. C'est à ce niveau que s'agrègerait la question de l'alimentation et de son lien à la santé avec une approche différenciée selon les classes sociales. Les recherches épidémiologiques, en sciences sociales, ont démontré depuis longtemps, que les statuts socio-économiques étaient des déterminants du maintien ou non d'un bon état de santé. Dans nos sociétés modernes, l'extension de la pauvreté à de nouveaux groupes sociaux expliquerait pour Jean-Pierre Poulain et Laurence Tibère (2008), la dégradation des choix et des habitudes alimentaires avec deux conséquences possibles : un risque de dénutrition pour les populations précaires et de l'autre, l'accélération de la progression de l'obésité pour les populations en cours de précarisation, ainsi que chez les ouvriers et les employés.

L'hôpital en tant que miroir des fléaux sanitaires traversant notre société, devrait donner une photographie exacte de cette dichotomie. Or, dans cet espace de traitement de la maladie, nous avons montré que le risque de dénutrition a relégué dans l'ombre la question de l'obésité. Nous avons ainsi validé notre première hypothèse. Nous avons aussi démontré, à partir du dispositif de qualification et de tarification, que l'obésité pouvait rester dans l'ombre portée de la dénutrition. En mettant en relief l'importance de l'IMC dans la valorisation de l'obésité, nous avons validé la seconde hypothèse de recherche.

Dans les établissements où la maladie a franchi le stade de l'invisibilité pour s'imposer comme une réalité, l'alerte a été donnée. A Toulouse des personnalités reconnues du monde médical, comme Max Lafontan ou Maithé Tauber, ont joué un rôle essentiel dans la fonction de lanceur d'alerte. Pour le domaine de l'obésité de l'enfant, Maithé Tauber est en première ligne dans la lutte contre la maladie. Elle poursuit une action multiforme au CHU. Elle agit dans les champs de la prévention, de la prise en charge, de la recherche et, impulse également au niveau territorial, une dynamique par l'animation d'un réseau d'acteurs médicaux, sociaux, éducatifs..., dans le cadre du RePPOP. Dans sa fonction d'entrepreneur de la santé, elle est désormais soutenue au CHU, par Patrick Ritz responsable de l'UTNC, Président du CLAN et porteur du projet de centre spécialisé en obésité. Tous deux, ont innové en élaborant des dispositifs crédibles en utilisant les ressources institutionnelles. Ils ont compris, dans un contexte d'annonce de la progression de la maladie et de raréfaction des ressources financières, que le CHU n'était pas en capacité de répondre, seul, à la prise en charge. Ils ont anticipé une situation de crise potentielle pouvant se matérialiser par des hospitalisations en urgence, l'accueil de patients en situation de handicap lourd dans des services inadaptés, ou les sorties précipitées qui se transforment en de nouvelles hospitalisations. Par leur action au quotidien, ils cherchent à pousser symboliquement les murs de l'établissement de santé en se rapprochant des partenaires hospitaliers. Le succès de leur démarche, que ce soit auprès de la médecine générale de premier recours, des établissements de santé de proximité, des associations, repose sur leur capacité de mettre en scène, en particulier leur faculté à négocier des accords avec l'ensemble de ces partenaires et, à s'assurer de la relation de confiance entre ces acteurs.

Conclusion générale

L'obésité serait en passe de s'imposer comme la catégorie dominante des affections sanitaires. Selon l'OCDE (Sassi, 2010), elle serait devenue la première des pathologies non infectieuses de nos sociétés modernes. Sa progression serait telle qu'elle pourrait avoir des répercussions considérables sur les systèmes de santé mal préparés à relever ce nouveau défi. Pour le gestionnaire hospitalier placé à la tête du premier opérateur de santé sur son territoire, l'affichage de ce message d'alerte par les autorités publiques aiguise sa vigilance. Il le conduit à porter une attention particulière à ce phénomène émergent, susceptible d'affecter l'organisation des soins et de déséquilibrer durablement les finances de son institution.

Il découvre, tout d'abord, que les connaissances scientifiques, bien qu'en pleine évolution, butent sur certaines limites. Les déterminants de l'obésité ne seraient pas seulement des facteurs biologiques, mais également des facteurs socio-économiques, dont il serait difficile d'apprécier la responsabilité dans le développement de l'obésité. Il mesure, ensuite, la complexité de la maladie qui se cache sous des formes plurielles, selon les niveaux de sévérité. Il note, enfin, que la prise en charge se situe aux frontières de l'organisation actuelle du système hospitalier, compte tenu du fait que cette maladie au long cours, impose aux individus une surveillance régulière du poids et pour les cas les plus graves, un suivi médical avec des passages fréquents par des consultations spécialisées et/ou des hospitalisations. L'organisation à mettre en place doit répondre comme un miroir à la complexité de la maladie. Elle s'affranchit de l'approche biomédicale longtemps dominée par l'uniformisation des pratiques médicales, pour mieux prendre en compte l'espace social des malades. Elle sollicite, pour terminer, la participation de divers intervenants : soins de ville, santé scolaires, PMI, associations d'éducation pour la santé...

Face à de tels enjeux, le gestionnaire est invité à anticiper une situation potentiellement catastrophique. Il est amené à opérer une mise en correspondance de l'alerte et de la réalité du terrain hospitalier. De cette mise en adéquation, émerge un constat plutôt déroutant : la situation décrite par les professionnels de santé serait loin d'être aussi alarmante que celle présentée par les autorités publiques.

Les apports de la recherche

La prise en charge de l'obésité à l'hôpital constitue un objet d'investigation sociologique paradoxal. Notre recherche éclaire d'un jour nouveau la thématique de l'obésité qui bénéficie d'une forte médiatisation à l'extérieur du monde hospitalier, mais qui, de façon surprenante, reste peu visible au sein de l'institution. Autorités publiques, médecins, industriels de l'agro-alimentaire, publicitaires, l'ensemble de ces opérateurs ont contribué, parfois à leur corps défendant, à la visibilisation de l'obésité dans l'espace public. Les médias les ont relayés, en faisant passer sans transition, les messages de santé publique de l'anonymat à la notoriété, par la traduction en des termes simples, d'un problème qui touche toute la société. Mais, sur le terrain hospitalier, les entretiens fournissent une toute autre grille de lecture. Dans le domaine des pathologies liées à des troubles alimentaires, l'obésité ne serait pas « première ». Elle serait plutôt une maladie « secondaire » dont la prise en charge, à quelques exceptions près, ne serait pas préoccupante. En dehors des Centres Hospitaliers Universitaires, ou de centres spécialisés, la maladie ne concernerait en définitive que très peu d'établissements hospitaliers.

Cette lecture est toutefois univoque et doit être corrigée par la prise en compte de deux obstacles qui tendraient à expliquer que l'épidémie d'obésité reste sous-estimée et donc peu visible. Le premier est lié à la problématisation de la nutrition dans les établissements de santé qui est très marquée par la question de la dénutrition. Les politiques de prévention et de dépistage de la dénutrition se sont très largement généralisées dans les hôpitaux depuis l'introduction du premier PNSS. Elles sont même devenues aveuglantes chez les professionnels de santé qui ont fait de cette question un point central des discussions portant sur l'alimentation à l'hôpital.

Le second obstacle est relatif à la sous-évaluation de la prévalence de l'obésité par les professionnels de santé. Lors du codage du PMSI, la déclaration de l'état nutritionnel des patients est fréquemment oubliée. L'IMC, qui définit les différents degrés de sévérité de l'obésité, n'est pas systématiquement mentionné dans les dossiers médicaux. A cette sous-déclaration dont les conséquences financières peuvent être importantes, se rajoute un autre facteur contingent qui contribue à maintenir la secondarité de la maladie. La valorisation financière des activités liées à la prise en charge de l'obésité, demeure insuffisamment incitative pour encourager les décideurs hospitaliers à engager des investissements lourds pourtant nécessaires à une prise en charge adaptée. Ce facteur fournit un éclairage complémentaire sur les raisons pouvant expliquer l'intérêt limité porté à la maladie.

L'obésité à l'hôpital est un objet d'étude qui a été peu exploité à ce jour. C'est, du moins, le constat que l'on peut faire à l'issue de notre revue de littérature. Un des apports de cette recherche est de saisir, au travers du prisme de l'obésité, les transformations à l'œuvre à l'hôpital. La maladie interroge le système hospitalier et son organisation actuelle polarisée sur la rationalité des soins, les progrès scientifiques et la performance technique autour de plateaux techniques imposants. Elle impose, dans un contexte d'intensification du travail hospitalier et de changement des modes de financement, de repenser les organisations de soins, de renouveler les pratiques professionnelles, en s'ouvrant à l'environnement hospitalier. Elle met au jour de nouvelles formes de coopération avec des acteurs locaux qui assurent aux sujets obèses le maintien des liens sociaux et qui participent à la prévention du développement de la maladie. Elle enrichit les contenus des activités des soignants, par l'apprentissage de méthodes de travail nouvelles et pluridisciplinaires. Elle illustre la conception évolutive du statut du malade à l'hôpital, comment des savoirs profanes sont pris en compte dans les dispositifs institutionnalisés de lutte contre la maladie. Comme on le voit, l'obésité travaille l'organisation en profondeur. En agissant de cette sorte, elle porterait en elle une dimension plus cachée. Le dialogue fécond qu'elle entretient entre le domaine des sciences sociales et celui de la santé publique, aurait pour finalité de remettre au cœur de l'activité hospitalière les valeurs humanistes de l'institution partiellement occultées par la technicisation à outrance de la médecine.

Notre recherche permet également de faire dialoguer plusieurs disciplines, qui entretiennent des relations étroites et principalement avec la sociologie de la santé, de l'organisation du travail, de l'alimentation et de l'obésité. Il y a plus de cinquante ans, Robert Strauss (1957), à partir de la distinction entre la « sociologie de la médecine » (*sociology of médecine*) et la « sociologie dans la médecine » (*sociology in médecine*), démontrait que cette branche de la sociologie avait su s'affranchir du cadre étroit de la maladie et de la médecine, pour embrasser des questions plus larges, touchant aux politiques de santé publique, aux institutions sanitaires et à leur fonctionnement, au rôle du malade et à l'influence de l'environnement dans le développement de la maladie (Herzlich, 1970 ; Carricaburu et Ménoret, 2004). La sociologie de l'alimentation et plus encore celle de l'obésité lui doivent une partie de leur héritage (Poulain, 2002, 2009). L'étude de l'alimentation s'ouvre sur le domaine de la santé, lorsqu'elle aborde la place ambivalente de l'alimentation dans nos sociétés contemporaines. Nécessaire au maintien d'une bonne forme physique, elle porterait également en elle les germes de la maladie. Des discours hédonistes sur le bien-être provoqué par les plaisirs de la table aux messages de santé publique sur l'importance d'une alimentation équilibrée ou sur la sécurité sanitaire des aliments, ces deux courants de recherche se nourrissent mutuellement. La sociologie de l'obésité entretient et enrichit ce dialogue avec la santé et l'alimentation d'un double point de vue (Poulain 2009, p. 24). Tout d'abord, à partir des travaux de la sociologie « de » l'obésité. Ils permettent d'établir une relation étroite entre le développement de l'obésité, le faible statut économique des individus et les mauvaises pratiques alimentaires, de même qu'ils pointent les risques d'isolement social et de souffrance psychique des sujets obèses stigmatisés. Ensuite, à l'aide des travaux de la sociologie « sur » l'obésité. Ces derniers exposent l'évolution du discours médical sur la pathologisation du surpoids, les difficultés d'accès aux soins, l'influence des politiques de santé publique sur la prévention de l'obésité et l'éducation thérapeutique.

Nos travaux entendent enfin, modestement, participer à la construction du cadre général d'une sociologie de l'invisibilité. De l'invisibilité du travail domestique analysé par la sociologie du genre (Fouquet, 2001) à celui de la sphère marchande repris par

la sociologie du travail (Arborio, 2002 ; Nonnon, 2004), de l'invisibilité imposée aux populations plus ou moins précarisées, plus ou moins « marquées » que l'on réduit au silence (Brekhus, 2005 ; Beaud, Confavreux et Lindgaard, 2006) à l'interdiction de l'invisibilité dans notre société de l'image où, pour exister, les individus doivent être vus de façon permanente (Aubert et Haroche, 2011), la thématique offre à la sociologie un terrain d'étude fécond. En soutenant l'idée que la représentation de l'alimentation chez le soignants est totalement accaparée par le thème surexposé de la dénutrition qui occupe d'emblée tout l'espace de discussion et, en opérant un renversement de cette représentation pour mettre au premier plan l'obésité comme terrain d'investigation sociologique, notre recherche partage avec ces différentes approches, une même préoccupation : éclairer une réalité sociale « qui se laisse mal percevoir, décrire, analyser, alors que s'impose par ailleurs, l'idée qu'il est impossible de tenir cette partie pour négligeable » (Foucart, 2003, p. 231).

Les préconisations

Les cadres d'analyse mobilisés représentent de véritables ressources pour le chercheur et l'acteur dirigeant. Ils permettent de poser un diagnostic et de formuler des préconisations sur la prévention et la lutte contre l'obésité, qui doivent tenir compte des différences existantes entre les établissements selon leurs capacités d'accueil, les types de profil de patients, les durées moyennes de séjour. Ils répondent à des enjeux informationnels, économiques et de ressources humaines.

Au niveau de l'information, nous préconisons un double niveau d'action, sur la dimension thérapeutique de l'alimentation, sur le dépistage de l'obésité et le suivi médical. Le premier niveau est indissociablement rattaché au développement de la formation professionnelle continue des personnels de santé. Il passe par le renforcement du positionnement des CLANs, en particulier dans les hôpitaux de proximité, où leur légitimité reste encore à consolider, compte tenu d'une histoire récente. La formation professionnelle est le moyen le plus efficace pour diffuser une représentation collective des différentes dimensions de l'alimentation et de lutter contre des pratiques qui conduisent les patients à se plier à une alimentation souvent

uniformisée, obéissant à des organisations de travail standardisées. Ces comités ont, sans aucun doute, fait évoluer la technicisation des connaissances autour du repas notamment sur l'hygiène, sur les textures modifiées..., en inscrivant ces questions aux plans de formation des hôpitaux, mais des efforts restent à faire. Le rapport à l'alimentation et le rôle de l'alimentation dans la santé ne sont pas suffisamment différenciés selon les pathologies, la lutte contre la dénutrition au premier rang des choix des actions de formation des personnels hospitaliers occulte les actions de prévention et de lutte contre l'obésité dans les petits hôpitaux. Les rituels des repas continuent à être escamotés, que ce soit en court ou en long séjour, l'offre alimentaire ne prend pas suffisamment en considération la diversité des patients dans leur identité physique et psychologique, leurs habitudes socioculturelles avec les préférences alimentaires, les goûts, au moment de leur admission. La qualité des repas proposés est souvent mise en accusation, comme l'atteste encore le dernier rapport du groupe PNNS sur la qualité gustative des aliments dans la restauration hospitalière (2010). Sur un échantillon de 4 000 malades de 2001 à 2008, la part des personnes qui se sont déclarées « satisfaits » ou « très satisfaits » de la qualité des repas serait restée stable à 20 %, alors que la part des « insatisfaits » ou « très insatisfaits » aurait progressé de cinq points pour passer de 28 % en 2001, à 33 % en 2008.

Le deuxième niveau, concerne le dépistage de l'obésité. Les CLANs doivent renforcer la collaboration avec les DIM, qui les aideront à établir un état des lieux régulier de la situation nutritionnelle des établissements. Cette phase est un préalable indispensable, avant de fixer les objectifs nutritionnels prioritaires à intégrer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les ARS. En s'articulant avec les DIM, les CLANs s'imposent sur le terrain comme des relais efficaces dans des fonctions de régulation de l'activité de codage auprès des personnels médicaux, paramédicaux (infirmiers) ou des diététiciens. L'obésité est reconnue comme une cause de co-morbidité depuis 2009. Pour les établissements, c'est un facteur d'alourdissement des charges en soins, des traitements..., qui ne pourront être financés que dans la mesure où les séjours seront mieux valorisés par la prise en compte dans les dossiers médicaux, de l'état nutritionnel des patients. En s'appropriant ces nouveaux savoirs, ils répondent à des impératifs institutionnels et renforcent de cette façon, leur autorité et leur position stratégique dans l'institution.

Tout d'abord, en consolidant les liens organiques avec les équipes qualité des hôpitaux. Ils contribuent à la mobilisation des soignants sur l'amélioration de la tenue du dossier patient, par la prise en compte des paramètres anthropométriques (poids, taille, IMC, tour de taille...), indicateurs opposables dans les procédures de certification. Ensuite, au niveau de la gestion financière. En se saisissant, en partie, d'un savoir expert, ils se positionnent auprès des directions en véritable agent économique capable de participer à la rationalisation des coûts. Ils sont alors associés au dispositif d'alerte des professionnels hospitaliers sur les conséquences financières induites par la sous-déclaration de l'obésité et soutiennent indirectement l'allocation des moyens à la prestation alimentation.

Mais, ce travail d'information doit se poursuivre à l'issue du séjour hospitalier, car les trajectoires des malades entre périodes d'hospitalisation et domicile nécessitent un suivi au long cours qu'il faut organiser au niveau local : préparation au retour au domicile, réinsertion sociale, professionnelle. Cela répond souvent à un besoin d'aide et de soutien des patients ou des familles dans le cas des enfants. Il s'agit de reprendre ici, une préconisation de la mission Ricour (2002) restée lettre morte tout au moins, au niveau des petits hôpitaux. En dehors du CHU avec l'UTNC, le RePPOP, et désormais le centre spécialisé en obésité sévère ou multi-complicquée, la démarche de partenariat ville-hôpital est encore difficile à modéliser pour des établissements qui font pourtant figure, sur leur bassin de vie, de porte d'entrée de la coordination des acteurs de santé. A défaut d'UTNC, et sans attendre le déploiement des centres spécialisés au niveau des régions, les CLANs, dans leur fonction consultative d'appui auprès des CME, pourraient devenir des dispositifs clé de la continuité des soins entre l'hôpital et la ville. Rien n'empêche dans les hôpitaux de proximité, d'élargir la composition des CLANs à des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pédiatres, psychologues...), de les associer à des groupes de travail pour développer des outils de prise en charge partagée (dossiers médicaux, fiches de suivi pour les consultations...) et/ou à des actions de formation continue (éducation thérapeutique...).

Les hôpitaux publics sont censés garantir, sur le territoire national, l'égalité d'accès aux soins aux patients et ce, quelles que soient les pathologies. Ce principe fondateur du système de santé public en France est aussi une valeur mobilisatrice

ancrée dans la tradition de l'accueil et de l'hospitalité des indigents et des personnes vulnérables, sans distinction. Il se heurte dans notre domaine de recherche à une série d'obstacles qui touche à ces fondements. Pour reprendre l'expression d'Agnès Camus et Nicolas Dodier (1997, p. 746), les obèses ont une « valeur budgétaire », c'est-à-dire qu'ils mobilisent des ressources importantes qu'il faut intégrer dans les calculs des budgets hospitaliers. Avouons-le sans détour, les hôpitaux de proximité ne répondent, actuellement, à aucune des exigences requises pour accueillir en MCO ou en SSR, dans des conditions satisfaisantes de sécurité et de confort, les adultes ou les enfants obèses. Comme nous l'avons aussi démontré, ils ne sont pas en mesure d'engager des investissements lourds. Ils sont donc contraints, pour les personnes atteintes d'obésité sévère et même modérée, de les orienter vers des établissements dotés de lits, de plateau technique et de matériels de transport médicalisé adaptés. C'est notamment le cas des CHU. Pour autant, ces derniers sont aussi confrontés à des difficultés lorsque ces malades embolissent, pendant de longues périodes, des lits de court séjour dans l'attente d'un placement en service de moyen séjour. L'introduction d'un mécanisme de coordination des soins par l'intermédiaire des centres spécialisés en obésité, est une des voies possibles de réponse à ces difficultés.

Il existe, aussi, au niveau national, quelques expériences innovantes qui méritent une attention toute particulière. On citera en particulier le réseau Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord-Pas de Calais (OSEAN), créé en 2005, avec à sa tête, le professeur en nutrition Monique Ramon du CHU de Lille. L'initiative est soutenue par l'ARS Nord-Pas-de-Calais, région la plus touchée en France par l'obésité, qui a inscrit la thématique dans les axes prioritaires du SROS. Le mécanisme de coordination instauré prend la forme d'une convention (une charte), qui représente les grandeurs communes que partagent différents opérateurs de la santé sur la région dans les domaines de la prévention, de l'éducation, du soin, du suivi sanitaire et social des personnes souffrant d'obésité sévère. Dix-neuf établissements publics et privés de santé, le Rectorat de l'Académie de Lille, trois associations, des médecins de premier recours, des structures intermédiaires de ressources adhèrent au dispositif. Comme pour les centres spécialisés en obésité, l'offre de soins est structurée en trois niveaux qui correspondent aux différents états pathologiques.

Mais, l'intérêt du dispositif, est d'assurer une prise en charge au plus près des réalités sanitaires des patients : les zones de proximité, pour les cas les plus simples, rassemblent des équipes de professionnels constituées de psychologues, de diététiciens, d'éducateurs sportifs rattachées à un établissement de santé qualifié de « centre de recours ». Ces équipes travaillent avec les centres sociaux, les entreprises, la médecine du travail, les mairies et la médecine de ville. Au niveau infrarégional, les « bassins de vie » associent à la prise en charge des cas les plus sévères, des centres de recours, des activités de chirurgie bariatrique et de SSR. Les centres de recours assurent l'évaluation et le traitement des obésités les plus complexes, la coordination des acteurs sur les territoires de santé, l'encadrement d'équipes mobiles d'éducation et l'organisation d'unités de concertation pluridisciplinaire pour la chirurgie bariatrique. Le niveau régional est celui de la coordination de l'ensemble du dispositif, de la formation et de la recherche. Cette expérience pourrait servir très rapidement d'exemple à la Région Midi-Pyrénées et au CHU de Toulouse, où la constitution « d'équipes de bassin » serait actuellement à l'étude.

Les perspectives de recherche

La prise en charge de l'obésité mène à des questionnements complémentaires, qui ouvrent la voie à de nouvelles perspectives de recherche. Tout d'abord, il eut été digne d'intérêt de se positionner de l'autre côté du miroir et d'opter pour la posture de l'observateur participant qui s'intéresse au point de vue des soignants et des malades souffrant d'obésité, à la manière dont ils vivent la prise en charge au quotidien. Cette analyse permettrait de porter un regard réflexif sur l'organisation interne des soins et les formes de prise en charge d'un service à un autre. Compte tenu de la complexité de la maladie, les obèses sont, en effet, amenés à circuler au sein de l'hôpital. Elle autoriserait par ailleurs au travers des discours, à aborder la relation « soignant-soigné » avec les représentations attachées à ces populations dont le degré de dépendance, la situation socio-économique font peser, sur les services, une lourde charge de travail ce qui pourrait expliquer les fortes réserves émises par les personnels de soins à leur admission. C'est sur cette toile de fond

que viendra se greffer la question des risques de stigmatisation à l'égard des sujets obèses dans les institutions hospitalières, champ d'étude qui n'a pas fait l'objet d'un traitement spécifique à ce jour.

L'obésité à l'hôpital renouvelle, ensuite, la question de la place et du statut de l'alimentation à l'hôpital. Depuis vingt-cinq ans, l'alimentation hospitalière se trouve au carrefour des fonctions logistiques, administratives et des soins hospitaliers. C'est un vecteur d'introduction de certaines thématiques comme l'hygiène, la dénutrition, la qualité, les soins et aujourd'hui l'éducation.

En effet, après avoir été reconnue comme participant à l'activité médicale, l'alimentation serait en passe de jouer un rôle dans l'éducation des malades. Le contenu de l'assiette ne suffirait pas au rétablissement des mangeurs. Il faudrait, à côté de la promotion de l'activité physique et sportive, les éclairer sur le choix des produits qu'ils consomment, sur leur composition, mais aussi les éduquer ou les rééduquer, en énonçant des normes de conduite à tenir pour rester en bonne santé. L'immixtion de l'alimentation dans le champ de l'éducation ne manque pas de soulever plusieurs questions qui correspondent à des thèmes à exploiter : quelle est la place, dans le dispositif de l'éducation alimentaire de l'hôpital, de l'école, de la famille ? Quelle est la place de la médecine de ville, des associations ? Quels sont les professionnels hospitaliers concernés par l'éducation alimentaire des patients ? Comment les fonctions rattachées à l'éducation alimentaire renouvellent-elles celles du soin ? Quelle est la place de l'éducation au goût dans le dispositif afin de faire accepter de nouvelles saveurs ou des produits inconnus ? Quels sont les critères d'évaluation des actions d'éducation (réduction du nombre de séjours hospitaliers, qualité de vie...) ?

L'alimentation à l'hôpital pousse, par ailleurs, à porter une attention particulière sur les processus de changement qui affectent les systèmes de restauration hospitalière ces dernières années. C'est un miroir fidèle des transformations que subit l'institution. La mutualisation des cuisines des petits établissements, la création de grosses Unités de Production Culinaire (UPC) sur les territoires de santé, la mainmise des directions économiques sur la fonction « achats alimentaires » par un

mouvement de massification des achats hospitaliers au niveau national, sont les manifestations les plus visibles de ces transformations déjà bien engagées. Il s'agirait de mesurer les effets de ces mutations en étudiant les menaces qu'elles pourraient faire peser sur un système de restauration, dont l'image est largement écornée, mais également, d'en apprécier les opportunités qui lui permettraient justement de restaurer cette image.

On pourrait s'interroger sur les risques que ferait peser sur le mangeur en milieu hospitalier, le modèle qui accorderait la primauté à la rationalisation de l'appareil de production, qui chercherait à maîtriser ce système complexe par une standardisation des procédés, afin de réduire les coûts dans un contexte d'incertitude sur les ressources financières. Il faudrait faire la démonstration que cette évolution correspond à l'affirmation du pouvoir économique, avec le renforcement de la dimension productive et industrielle de la fabrication, du poids des normes de sûreté de la production culinaire, au détriment d'une restauration collective qui pourrait privilégier la dimension locale, avec l'approvisionnement de produits issus du terroir et de l'agriculture biologique. On s'attacherait aussi aux effets induits par cette restauration « ni festive, ni intime» (Mériot, 2002, p. 123), qui laisse simultanément de côté, l'identité du malade, les saveurs, au profit d'une cuisine aseptisée, mais aussi l'identité professionnelle des personnels des cuisines dont les contenus du travail seraient profondément modifiés.

A contrario, ce contexte de réformes pourrait offrir des opportunités nouvelles pour les établissements de santé. Sur le plan économique, on pourrait énoncer que le double mouvement de centralisation des systèmes de production culinaire sur les territoires de santé et la massification des achats au niveau régional et national, est un moyen pour les hôpitaux de dégager des marges de manœuvre financière. L'analyse pourrait démontrer que ce sont deux voies d'optimisation des ressources techniques et humaines, dont on sait qu'elles représentent une part importante des budgets hospitaliers. Les systèmes de gestion de prise des commandes, de la production, la simplification de la gestion des stocks, la maîtrise de la logistique contribuent aussi à la réduction des charges des établissements de santé. Plus encore, il rendrait compte du fait que la restauration collective hospitalière est

devenue un acteur économique d'importance par ses volumes d'achat et qu'elle est en capacité de réaliser des économies d'échelle, de maîtriser la progression des prix des produits alimentaires par son pouvoir de négociation avec les fournisseurs et d'orienter les marchés agricoles en recherche de débouchés. De manière concomitante, l'analyse pourrait établir que ces changements seront d'autant plus acceptés par les mangeurs que leur santé est préservée, cela va de soi, mais que la logique est aussi celle de nourrir des individus aux trajectoires plurielles, d'accéder à une plus grande variété de choix de produits avec des produits frais, des produits d'une plus grande valeur nutritionnelle et une amélioration du service (présentation des plateaux, horaires de repas, information sur les produits consommés).

Les limites et les difficultés de la recherche

Cette thèse couronne cinq années de recherche que nous avons menées, en conciliant le statut d'étudiant avec nos responsabilités hospitalières. Nos recherches traduiront sûrement les difficultés d'un tel exercice. Nous ne prétendons pas avoir épuisé, loin s'en faut, la question de l'obésité à l'hôpital. C'est pourquoi, nous ferons œuvre de modestie sur la portée de nos écrits, tout en espérant qu'ils jetteront un éclairage inédit sur la question et appelleront à la réalisation de recherches supplémentaires.

Une des limites tient à l'objet même de notre recherche, l'obésité. La thématique se renouvelle sans cesse. Les changements d'ordre culturel, les évolutions scientifiques, techniques, les annonces politiques placent la question dans un contexte instable et ont rendu l'abord de la problématique malaisée. Notre recherche rend compte dans une certaine mesure, de ces mutations avec l'entrée en scène des autorités publiques durant la progression de nos travaux. Ce changement d'échelle n'a pas été neutre, puisque il a introduit des déplacements en termes d'agenda, de redéfinition des modes d'action par l'introduction d'un nouvel instrument, le PO et l'arrivée de nouveaux dispositifs comme les centres spécialisés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-complicquée. Alors que nous avons adopté une vision micro-sociologique, en nous concentrant sur l'échelon

local, nous avons dû reconsidérer notre grille de lecture pour adopter un regard plus macrosociologique et analyser les rapports entre l'échelon local, l'échelon régional et l'échelon central. Ceci nous a conduit dans les faits, à revoir nos hypothèses, notre support de recueil d'information et à réaliser des investigations complémentaires. Par ailleurs, confrontés au retard pris par la mise en œuvre du PO, nous avons été contraints d'ajuster notre focale. Concernant le centre spécialisé pour l'obésité sévère ou multi-complicquée du CHU de Toulouse, nous avons dû nous en tenir simplement à la phase de constitution de cet espace de visibilisation de la maladie.

La deuxième limite tient à la taille de l'échantillon. Bien que couvrant trois régions sanitaires avec cinq établissements hospitaliers, nous considérons que les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence. En l'état, ils semblent difficilement extrapolables sans prendre certaines précautions. En effet, la prévalence de l'obésité est très inégalement répartie sur le territoire français. Elle varie selon les régions et les lieux d'habitation des individus. Plus élevée dans les régions du nord de la France, l'obésité est également plus marquée dans les campagnes que dans les villes. A partir de l'enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité (ObEpi) et de la photographie des zones géographiques où la prévalence de l'obésité est la plus forte, nous aurions pu élargir notre échantillon à d'autres établissements de soins. Il nous paraît probable que certaines variations auraient pu être observées. Mais, cette possibilité a été entravée par notre manque de temps.

Enfin, malgré les précautions méthodologiques d'usage, nous ne pouvons exclure que les résultats tirés de nos entretiens sur le terrain n'aient pas été altérés par la perception de nos interlocuteurs sur l'étroite proximité de nos liens avec le milieu exploré. Bien entendu, il ne s'agissait pas non plus de les ignorer, mais nous avons été confrontés à la difficulté d'évoluer dans un espace professionnel dont nous connaissions les rouages et dans lequel nous devions délaissé la posture du chef d'établissement au profit de la position « plus académique » du chercheur en sociologie. Il nous a donc fallu objectiver notre nouvelle position et opérer un découplage, avec un changement dans la manière de raisonner, pour éviter que nos convictions personnelles, nos représentations, l'emportent sur l'observation et sur une réflexion poussée à partir d'un travail d'enquête et d'écoute.

Bibliographie

ABELL J.E., EGAN B.M., WILSON P. W.F., LIPSITZ S., WOOLSON R.F., LACKLAND D.T. (2007), Age and Race Impact the Association Between BMI and CVD Mortality in Women, *Public Health Reports* , 122 ,4, pp. 507–512.

ABENA-TSOUNGUI A., (Thèse en cours), *Les enjeux politiques, économiques et professionnels de l'application des instruments de gestion dans l'activité hospitalière : le cas du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et de la T2A (Tarification A l'Activité)*, CSO.

ACEF S. (2008), Réseaux de santé et territoires, *Informations sociales*, n°147, pp. 72-81.

ACKER F. (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, pp. 161-181.

ADAM P., HERZLICH C. (1995), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, Edition 2010.

AFP (2011), La taxe sur les sodas, plus ou moins "light", débattue à l'Assemblée, octobre, *L'Express*, 21 octobre.

ALAM T. (2011), Le PPP et la promotion de la santé. Second colloque des collectivités territoriales associées au Programme national nutrition santé - Agir au niveau local dans le cadre du PNNS : implication des élus et des acteurs de terrain, colloque organisé par le ministère du travail, de l'emploi, Octobre 2011, Marseille.

ALLON N. (1979), Self-perceptions of the stigma of overweight in relationship to weight-losing patterns, *American Journal of Clinical Nutrition* , 32, pp. 470-480.

ALTER N. (2009), *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte.

AMADIEU J.-F. (1995), L'obèse : l'incroyable discriminé, Observatoire des Discriminations, (<http://www.observatoiredesdiscriminations.fr/spip.php?article19>).

AMADIEU J.-F. (2003), *Les discriminations sur l'apparence dans la vie professionnelle et sociale*, Observatoire des Discriminations:

(http://www.observatoiredesdiscriminations.fr/images/stories/Discrimination_sur_lapparence.pdf?phpMyAdmin=6e32dcee8760039a64c94b6379294e26).

AMADIEU J.-F. (2005), *Les poids des apparences - Beauté, amour et gloire*, Paris, Odile Jacob.

AMALOU F., BLANCHARD S. (2006), L'obésité, une affaire de moyens, *Le Monde*, 25 avril.

AMAR A., BERTHIER L. (2006), Le nouveau management public : avantages et limites. *XVI international RESER conference, Services Governance and Public Policies*, Lisbonne.

AMAT-ROZE J.-M. (2011), La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, *Hérodote*, n°143, pp. 13-32.

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F. (2005), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil.

ANAP (2011), *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées - mode d'emploi*, ANAP.

ANDREO C. (2004), La gestion des flux de malades dans les services de réanimation, Presses de Sciences Po, *Sociétés contemporaines*, n°54.

ANDRIEU B., ACOT P., ANDRIEU G., Préface BOETSCH G. (2006), *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*, CNRS Editions.

ANIA (2011), *Taxer les boissons : une mesure injuste, stigmatisante et sans fondement !* Communiqué de presse ANIA, 25 Août (Récupéré sur <http://www.ania.net/fr/presse-ania/presse/817.htm>).

APFELBAUM M., ROMON M., DUBUS M. (2009), *Diététique et nutrition*, Paris, Masson.

APFELDORFER G., ZERMATI J.-P. (2006), *Dictature des régimes, Attention !* Odile Jacob.

APFELDORFER G., ZERMATI J.-P., WAYSFELD B. (2010), *Traiter l'obésité et le surpoids*, Paris, Odile Jacob.

ARBORIO A.-M. (2001), Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital, *Anthropos*, p. 333.

ARNAUD B. (2004), Prise de poids, obésité chez l'enfant, agir ensemble - Actes du colloque régional, CRAES-CRIPS.

ARON J.-P. (1987), La tragédie de l'apparence à l'époque contemporaine, *Communications*, n°46, pp. 305-314.

ASCHER F. (2005), *Le mangeur hypermoderne : Une figure de l'individu éclectique*, Paris, Odile Jacob.

ASSEMBLEE NATIONALE (2011), Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 octobre 2011.

ASSEMBLEE NATIONALE (2011), Projet de loi de finances pour 2012, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 septembre 2011.

ASSTSAS (2007), Clientèle obèse - Sécurité du soignant, dignité du client, *Objectif Prévention*, 30, 5, pp. 22-25.

ATKINSON J.L., SALLIS J.F., SAELENS B. E., CAIN K. L, BLACK J.B. (2005), The Association of Neighborhood Design and Recreational Environments with Physical Activity, *American Journal of Health Promotion*, 19, 4, pp. 304-309.

AUBERT B., PATRY M. (2003), La recette du succès : dix conditions de base permettent aux partenariats public-privé de fonctionner, *La Presse*, 7 Décembre.

AUBERT N., DE GAULEJAC V. (2007), *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil.

AUBERT N., HAROCHE C. (2011), Les tyrannies de la visibilité. Le visible et l'invisible dans les sociétés contemporaines, Eres.

AUBRY R. (2007), Les fonctions de coordination dans le champ de la santé, *Santé Publique*, 19, supplément n° 1, pp. 73-77.

AUBRY R. (2011), C'est l'avis de la personne malade qui importe, Libération, (GENTHIALON A.C., Intervieweur), 13 et 14 Août.

AVARGUEZ S. (2011), Les enjeux du management par projet dans le secteur associatif, *Mana - Revue de Sociologie et d'anthropologie*, L'Harmattan, n°17-18.

BALCOU-DEBUSSCHE M. (2006), *L'éducation des malades chroniques : une approche ethnosociologique*, Paris, Edition des Archives Contemporaines.

BALL K., MISHRA G., CRAWFORD D. (2002), Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women ? *International journal of obesity*, 26, 4, pp. 559-565.

BARNAY T., HARTMANN L., ULMANN P. (2007), Réforme du médecin traitant et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France, La documentation Française, *Revue française des affaires sociales*, n°1.

BARNEY G., GLASER, STRAUSS A.L. (2005), *Awareness of Dying*, Aldine Transaction.

BARRERE H., BOYER C.-A. (2011), *Corset*, Editions du Rouergue.

BASDEVANT A. (2009), *Plan d'action : Obésité-Etablissements de soins*. Ministère de la santé.

BASDEVANT A., BOUILLOT J.-L., CLEMENT K., OPPERT J.-M., TOUNIAN P. (2011), *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*, Lavoisier.

BASDEVANT A., GUY-GRAND B. (2004), *Médecine de l'obésité*, Flammarion.

BAS-THERON F., DANIEL C., DURAND N. (2011), Expertise sanitaire – Rapport de synthèse, La documentation Française, Inspection générale des affaires sociales.

BASZANGER I. (1986), Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, 27, n° 27-1, pp. 3-27.

BASZANGER I. (1990), Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur, *Revue Française de Sociologie*, 31 n°31-2.

BASZANGER I. (1992), Anselm Strauss – Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, L'Harmattan.

BATAILLE P. (1997), *Le racisme au travail*, Paris, La Découverte.

BATAILLE P., SCHIFF C. (1997), La discrimination à l'embauche : le cas du bassin d'emploi d'Alès, *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n°76.

BATIFOULIER P. (1999), Éthique professionnelle et activité médicale : une analyse en termes de conventions, *Finance Contrôle Stratégie*, 2, 2, pp. 5 – 24.

BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. (2006), La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'État social ? *Etat et régulation sociale, Colloque International, 11, 12 et 13 septembre*, Paris.

BAUDIER F., LÉBOUBE G. (2007), Éducation thérapeutique du patient et disease management : pour une 3e voie « à la française » ? *Santé Publique*, 19, pp. 335-340.

BAUDRILLARD J. (1970), *La société de consommation*, Denoël.

BEAUD S., CONFAVREUX J., LINDGAARD J.(2006), *La France invisible*, Paris, La Découverte.

BECK U. (2001), *La société du risque*, Paris, Flammarion.

BECKER H.S. (1963), trad. Française, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Métailié, 1985.

BEJAN S. (1997), Dix ans d'avancées en économie de la santé : actes des XIXes Journées des Economistes de la Santé Française, Montrouge, John Libbey Eurotext.

BELMIN J. (Collectif) (2009), *Gériatrie*, Paris, Elsevier Masson.

BELORGEY N. (2010), *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte.

BENAMOUZIG D., PIERRU F. (2010), La médecine rattrapée par le système. Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi , Vol.54.

BENILDE M. (2007), Quand les lobbies (dé)font les lois, *Le Monde diplomatique*, Mars.

BENKIMOUN P. (2008), La qualité de l'hôpital public mise en accusation, *Le Monde*, 30 Décembre.

BENKIMOUN S. (2006), L'obésité, une affaire de moyens, *Le Monde* , 25 Avril.

BENOIST J., DESCLAUX A. (1996), Anthropologie et SIDA - Bilan et perspectives, Khartala.

BENZ S. (2011), Saignée d'emplois à l'hôpital, *L'Expansion*, 4 Mai.

BERCOT R. (2006), La coopération au sein d'un réseau de santé, négociations en terme de territoires et dynamiques professionnelles, *Négociations*, n°5, pp. 35-49.

BERCOT R. (2009), Rationaliser la gestion des blocs opératoires, la négociation des territoires et des légitimités professionnelles, *Sciences de la société* n°76, pp. 53-62.

BERCOT R., DE CONINCK F.(2006), *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* Paris, L'Harmattan.

BERGERON H. (2010), *Les politiques de santé publique*, Paris, Science Po - Les Presses.

BERGERON H., CASTEL P., NOUGUEZ E. (2011), Un entrepreneur privé de politique publique, *Revue française de science politique* , 61, 2, pp. 201-229.

BERGERON H., JOUZEL J.-N. (2011), *Sciences et politique : essai sur quelques déterminismes d'affinités électives entre des politiques et des « savoirs pratiques»* (<http://www.afsp.info/congres2011/sectionsthematiques/st23/st23bergeronjouzel.pdf>) (Consulté le 15 Janvier 2012).

BERGERON P., REYBURN S. (2010), *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Institut National de Santé Publique de Québec.

BERLAND Y. (2003), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

BERNOUX P. (2004), *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris, Seuil.

BERTHET T. (2007), L'Etat social à l'épreuve de l'action territoriale, in FAURE A., NEGRIER E., *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale : critiques de la territorialisation*, L'Harmattan.

BESSIN M. (2006), L'urgence au sein de la justice des mineurs : un exemple de la dé-temporalisation de l'intervention sociale, *Sociétés et jeunesses en difficulté*, n°1. (<http://sejed.revues.org/index111.html>).

BETTI-CUSSO M. (2011), Médecins : le malaise persiste, *Le Figaro*, 17 septembre.

BEURET J.-E. (2006), *La conduite de la concertation - Pour la gestion de l'environnement et le partage des ressources*, Paris, L'Harmattan.

BIDART C., DEGENNE A., GROSSETTI M. (2011), *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*, Le Lien social, PUF.

BIEULAC-SCOTT M., Interview de Jean-Pierre Poulain (2009), *Obésité : sociologie d'une « épidémie mondiale »*, (www.lemangeur-ocha.com/: http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/images/sciences_humaines/Obesite-sociologie-d-une-epidemie-mondiale.pdf) (consulté le 8 février 2012)

BOETSCH G. (2004), Les femmes ne vieillissent jamais : Poids réel et poids idéal, prendre de l'âge et ne pas vieillir, *Cahiers de l'Ocha*, n°10.

BOETSCH G. (2005), Alimentation, image du corps et santé, *La lettre scientifique de l'Institut Français pour la Nutrition*, n°110, pp. 2-5.

BOETSCH G., HERVE C., ROZENBERG J.J. (2007), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, De Boeck.

BOLTANSKI L. (1971), Les usages sociaux du corps, *26*, 1, pp. 205-233.

BOLTANSKI L., THEVENOT L. (1987), *Les économies de la grandeur*, Cahier du Centre d'études de l'emploi, Paris, Presses Universitaires de France.

BONNET M. (2011), *Anthropologie d'un service de cancérologie pédiatrique : De la parole au choix*, Paris, L'Harmattan.

BONTEMS P., REQUILLART V. (2009), Politiques nutritionnelles, régulation des filières et consommation alimentaire, *INRA Sciences Sociales*, n°2.

BOOTH S. L., SALLIS J.F., RITENBAUGH C. (2001), Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points, *Nutrition Reviews* , 59, 3, pp. S21–S36.

BORGES DA SILVA G., BORGES DA SILVA B. (2005), La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* , 36, n°4.

BORRAZ O. (1998), Les politiques locales de lutte contre le SIDA : une analyse dans trois départements français, Paris, L'Harmattan.

BORYS J.-M. (2006), Entretien, Epode, un programme nutritionnel de poids. *Revue des Marques*, n°55.

BORYS J.-M. (2007), *L'obésité - santé et médecine*, Paris, Le Cavalier Bleu.

BOSSY T. (2010), *Les différentes temporalités du changement : la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni* in PALIER B., SUREL Y. et al., *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan.

BOTTON J., HEUDE B., MACCARIO J., DUCIMETIERE P., CHARLES M.-A. and the FLVS Study group (2008), Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 y and body composition in adolescent boys and girls, *American Journal of Clinical Nutrition* , 87, 6, pp. 1760-1768.

BOUBAL C. (2011), *Publicité et obésité*, Bry-sur-Marne, INA Editions.

BOURDIEU P. (1977), Remarques provisoires sur la perception sociale du corps, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°14, pp. 51-54.

BOURDIEU P. (1979), *La Distinction - critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit.

BOURDILLON F., CANO N., DELARUE J., TURCK D. (2010), Propositions pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'experts nutrition, Société française de santé publique.

BOURDIN A., LEFEUVRE M.-P., GERMAIN A. (2005), *La proximité - Construction politique et expérience sociale*, Paris, L'Harmattan.

BOUSSAGET L., JACQUOT S., RAVINET P. (2006), *Dictionnaire des politiques publiques*, Sciences Po - Les Presses.

BOUT B. (2010), L'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité, Office Parlementaire d'Evaluation Des Choix Scientifiques et Technologiques, n°158, Sénat.

BOYER V. (2008), Rapport d'information – En conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité, Par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, n°1131, Assemblée Nationale.

BRAS P.-L. (2011), Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours? *Presses de Sciences Po - Les Tribunes de la santé*, n°30.

BRAS P.-L., DUHAMEL G., GRASS E. (2006), Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management », Inspection générale des affaires sociales, La documentation Française.

BRASSENS A. (2009), Santé. 15 % d'enfants en surpoids en Haute-Garonne, *La Dépêche du Midi*, 11 janvier.

BRAUD P. (2006), *Sociologie Politique* (8 éd.), L.G.D.J., pp. 585-589.

BREKHUS W. (2005), Une sociologie de l'« invisibilité » : réorienter notre regard, *Réseaux*, n°129-130, pp. 243-272.

BRINDISI M.-C., POTIGNON C., MUSAT A. (2010), Impact financier pour les établissements hospitaliers du mauvais codage PMSI de la dénutrition et de l'obésité. Étude au sein du pôle des pathologies digestives, endocriniennes et métaboliques du CHU de Dijon, Elsevier Masson, *Nutrition clinique et métabolique*, 24, n°S1.

BRUCH H. (1994), *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, Payot, p.444.

BRUN G. (2006), *L'agriculture française à la recherche d'un nouveau modèle*, Paris, L'Harmattan.

BRUNO K., KARLINER J. (2000), *Tangled up in Blue: Corporate Partnerships at the United Nations*, CorpWatch.

BUTTARD A. (2008), L'évaluation du réseau en santé - Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques, *Politiques et management public*, 27, 4, pp. 88-110.

CABUT S. (2004), Une expérience qui fait école, *Libération*, 6 Mars.

CAHNMAN W. J. (1968), The stigma of obesity. *The Sociological Quarterly* , 9, 3, pp. 283–299.

CAILLAVET F., DARMON N. (2005), Contraintes budgétaires et choix alimentaires : pauvreté des ménages, pauvreté de l'alimentation, *INRA Sciences Sociales*, n°3-4.

CAILLAVET F., DARMON N., LHUISSIER A., REGNIER F. (2004-09), L'alimentation des populations défavorisées en France, une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel, Document de travail, CORELA – INRA, p.134.

CALLEDE J.-P. (2007), La sociologie française et la pratique sportive (1875-2005) : Essai sur le sport. Forme et raison de l'échange sportif dans les sociétés modernes, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.

CALLON M. (1986), Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'Année Sociologique* , 36 (n° spécial), pp. 169-208 .

CALLON M. (1999), Pour une sociologie de la traduction en innovation, *Recherche et formation*, n°3, INRP, pp. 113-126.

CALLON M., FERRARY M. (2006), Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau, Presses de Sciences Po., *Sociologies pratiques* , 2, 13, pp. 37-44.

CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. (2001), *Agir dans un monde incertain - Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.

CARADEC V., MARTUCCELLI D. (2004), *Matériaux pour une sociologie de l'individu : Perspectives et débats*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

CARRERE M.-O., CASTEL P., BREMOND A., BUTHION V. (2007), *Soins en réseau : Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie*, John Libbey Eurotext.

CARRICABURU D., MENORET M. (2004), *Sociologie de la santé - Institutions, professions et maladie*, Paris, Armand Colin, Edition 2010.

CASTEL R. (2009), *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil.

CATILINA P., ROURE-MARIOTTI M.-C. (2002), *Médecine et risque au travail*, Paris, Masson.

CAUSSE L. (2008), Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles, *Erès, Nouvelle revue de psychosociologie*, n°6, pp. 85-105.

CAVILL N., KAHLMEIER S., RACIOPPI F. (2006), Physical activity and health in Europe : evidence for action, WHO Regional Office for Europe.

CAWLEY J., BURKHAUSER R.V. (2006), Beyond BMI : The Value of More Accurate Measures of Fatness and Obesity, NBER Working Paper, n°12291.

CEPRE L. (2011), Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire, *Hérodote*, 143, pp. 65-88.

CHALFANT H.P., KURTZ R. (1971), Alcoholics and the sick role : assessments by social workers ? *Journal of Health and Social Behavior*, n°12, pp. 66-72.

CHARVET J.-P., (2007), *L'agriculture mondialisée*, La Documentation Française.

CHATEAURAYNAUD F., DEBAZ J. (2010), L'ANSES : une nouvelle agence de santé au service de la démocratie sanitaire ? *Pour la science*, n°395.

CHATEL E., KIRAT T., SALAIS R. (2005), *L'action publique et ses dispositifs : Institutions, économie, politique*, Paris, L'Harmattan.

CHAUVEAU A. (2004), L'inclusion des enfants de moins de huit ans dans le réseau de soins REPOP - Ile de France, *Mémoire de Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales « Ethique, déontologie et responsabilité médicales »*, Faculté de médecine de Necker-Enfants malades.

CHAUVENET A. (1973), Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers, n°14 - *Hors série*, pp. 61-76.

CHAUVENET A. (1978), *Médecines au choix, médecine de classes*, Presses Universitaires de France.

CHIVA M. (1992), *Les aspects psychologiques des conduites alimentaires sous la coordination de DUPIN H., CUQ J.-L., MALEWIAK M.-I. et al.*, Paris, ESF Editeur.

CHOUINARD H.H., DAVIS. E.D., LAFRANCE J.T. (2007), Fat Taxes : Big Money for Small Change, *Forum for Health Economics and Policy*, 10, 2, The Berkley Electronic Press.

CLEMENT J.-P. (1996), *Pratiques corporelles féminines, différenciation sexuelle et gestion de la mixité en EPS (1945-1980)*, 2, Paris, L'Harmattan.

CLEMENT J.-P., DEFRANCE J., POCIELLO C. (1994), *Sport et pouvoirs au XXe siècle, enjeux culturels sociaux et politiques des éducations physiques des sports et*

des loisirs dans les sociétés industrielles (années 20-années 90), sous la direction de ARNAUD P., TERRET T., Histoire du sport féminin, Tome 2, Presses Universitaires de Grenoble.

COCHOY F., GAREL J.-P., De TERSSAC G. (1998), Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000, *Revue Française de Sociologie*, 39, 4.

COGAN J. (1999), *Re-evaluating the weight-centred approach towards health : The Need for a Paradigm Shift*, in SOBAL J., MAURER D., *Interpreting Weight : The Social Management of Fatness and Thinness*, New-York, Adine de Gruyter.

COLINET S. (2010), L'implication associative de personnes atteintes de sclérose en plaques, *Socio-logos, Revue de l'association française de sociologie*.

COLLIERE M.-F. (2001), *Soigner... le premier art de la vie*, 2^{ème} édit., Paris, Masson, p.232.

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES (2003), *L'organisation interne de l'hôpital*, Rapport d'information, n° 714 (1ère partie), Assemblée Nationale.

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES (2007), Livre blanc - Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité (non publié au Journal officiel).

COMPTE-RENDU REUNION (2008), Obésité de l'enfant, *AJMED*, Juin 13.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., DENIS J.-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R. (2001), Intégration des soins : dimension et mise en œuvre, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8, n°2.

CONTANDRIOPOULOS D., CONTANDRIOPOULOS A.-P., DENIS J.-L., VALETTE A. (2006), L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec, Les Presses de l'Université de Montréal.

CORBEAU J.-P. (2008), Nourir de plaisir, *Les cahiers de l'Ocha*, n°13.

CORBEAU J.-P. (2001), La filière du manger en milieu hospitalier (<http://faceaface.revues.org/565>) (Consulté le 28 Juin 2012).

CORBEAU J.-P. (2004), Les canons dégraissés : de l'esthétique de la légèreté au pathos du squelette dans « Corps de femmes sous influence. Questionner les normes », Actes du Symposium du 4 novembre 2004, *Les Cahiers de l'Ocha*, n°10.

CORBEAU J.-P., POULAIN J.-P. (2002), *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*, Paris, Privat.

CORBIN J.M., STRAUSS A. L. (1988), *Unending work and care: managing chronic illness at home*, Jossey-Bass Publishers.

COURS DES COMPTES (2009), *Rapport public annuel*.

COURS DES COMPTES (2011), *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale - La prévention sanitaire*, Assemblée Nationale.

CRESSON G. (1995), *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*. Paris, L'Harmattan.

CROZIER M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Editions du Seuil.

CROZIER M. (1994), *La société bloquée*, Editions du Seuil.

D'HOUTAUD A. (2000), *Sociologie de la santé - Langage et savoirs environnement et éthique*, L'Harmattan.

DAB W. (2011), *Taxe obésité : Après les sodas, les chips ?* *France Soir* (HARDY M.-L., Intervieweur), 26 août.

DANET F. (2008), *Où va l'hôpital ?* Desclée De Brouwer.

DARBON S., DODIER N. (1985), Eliot Freidson, *La profession médicale*, *Sciences Sociales et Santé*, 3, 1, pp. 129-143.

DARGENT J. (2005), *Le corps obèse, Obésité, sciences et culture*, Seyssel, Champ Vallon.

DARGENT J., PASCAL J.-F. (2002), *L'obésité morbide: stratégie thérapeutique*, Springer.

DARMON N. (2008), *Le gradient social de l'obésité se creuse en France – Sait-on pourquoi ?* *OCL*, 15, 1, pp. 46-52.

D'ARRIPE A., ROUTIER C. (2010), *Communication et santé : enjeux contemporains*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

DAUBIGNY L. (2004), *Science et bon sens. La prise en charge médicale de l'obésité* (<http://faceaface.revues.org/358>) (Consulté le 31 Mars 2012).

DAVEZIES P. (1993), *Eléments de psychodynamique du travail*, *Education Permanente*, n°116.

DE COSTER M., PICHULT F., TOURAINE A. (1998), *Traité de Sociologie du travail* (2^{ème} édi.), De Boeck et Larcier.

DE DANNE A., (2009), *Rapport au Président de la République - Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité*.

DE GAULEJAC V. (1996), *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.

DE GAULEJAC V. (2005), *La société malade de la gestion, Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil.

DE GAULEJAC V. (2009), *Souffrances objectives, souffrances subjectives*, Paris, sous la direction de PERILLEUX T., CULTIAUX J., *Destins politiques de la souffrance : Intervention sociale, justice, travail*, Eres.

DE GAULEJAC V. (2011), *Travail, les raisons de la colère*, Seuil.

DE MUNCK J., GENARD J.-L., OLGIERD K. (2003), *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press.

DE SAINT POL T. (2007), *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent*, *INSEE Première*, n°1123.

DE SAINT POL T. (2010), *Le corps désirable - Hommes et femmes face à leurs poids*, Paris, PUF.

DE TERSSAC G. (2002), *Le travail : une aventure collective*, Recueil de textes, Octares.

DE TERSSAC G. (2003), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud - Débats et prolongements*, La découverte.

DECHAMP G., ROMEYER C. (juin 2006), *Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins*, *XVème Conférence Internationale de Management Stratégique*, Annecy / Genève.

DECHAMP-LE ROUX C. (2002), *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale*, Paris, L'Harmattan.

DEJONG W. (1980), *The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance*, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 1, pp. 75-87 .

DEMEULEMEESTER J. (2005), *Santé publique*, 17, 4, pp.597-606.

DEPECKER T. (2010), *Les cultures somatiques : usages du corps et diététique*, *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement*, 91 (2), 7 octobre.

DERIOT G. (2005), *Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité*, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé, n°2557 Assemblée Nationale, n°8 Sénat.

DESCAMPS F. (2005), *L'Historien, l'Archiviste et le Magnétophone - De la constitution de la source orale à son exploitation*, Comité pour l'histoire économique et financière de la France/IGPDE.

DESPOIT J.C., ALIX E., ZAZZO J.-F. (2008), *Etat des lieux en 2008 des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et des Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) : enquête nationale*, Ministère de la santé - DHOS.

DEVAUX M., JUSOT F., SERMET C., TUBEUF S. (2008), Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé, La Documentation française, *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, pp. 29-47.

DGOS (2011), *Circulaire DGOS/R1 no 2011-125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé*.

DGOS (2011), *Circulaire N°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)*.

DGOS (2011), *Instruction DGS/EA3/DGOS no 2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en oeuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de Santé (ARS)*.

DHOS (2001), *Lettre de mission au Professeur Ricour du 23 janvier*. (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_mission_ricour_2001.pdf).

DHUME-SONZOGNI F. (2006), *La coopération dans l'action publique : De l'injonction du faire ensemble à l'exigence de commun*, Paris, L'Harmattan.

D'IRBANE P. (2006), *L'honneur des médecins, Entretien, Panorama du médecin*, 5 juin.

DIRECTION GENERALE DE L'ALIMENTATION (2010), *Rapport du groupe PNNS - Qualité gustative des aliments et environnement des repas : restauration scolaire, hospitalière et aide alimentaire*, Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire.

DIRECTION GENERALE SANTE ET PROTECTION DES CONSOMMATEURS (2005), *Bulletin d'information sur la sécurité alimentaire, Lutte contre l'obésité : la Commission européenne conjugue les initiatives des parties prenantes, Health and Consumer Voice, Edition spéciale*.

DJELLAL F. (2004), *L'hôpital innovateur - De l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson.

DODIER N., CAMUS A. (1997), *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital*, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 4, pp. 733-763.

DODIER N., CAMUS A. (1997), L'hospitalité de l'hôpital. *Communication*, 65, pp. 109-119.

DOMIN J.-P. (2004), Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté. *Communication aux 4 journées de la proximité*, Université Aix-Marseille III, (http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/nouvelle_approche_medecine/index_html) (Consulté le 11 Mai 2012).

DOMIN J.-P. (2011), sous la direction de MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Editions du croquant.

DORMONT B. (2009), *Les dépenses de santé - une augmentation salutaire ?* Paris, Rue d'Ulm.

DORMONT B. (2009), Un système si parfait..., La Découverte, *Regards croisés sur l'économie*, n°5, pp. 11-26.

DORVIL H. (2007), Problèmes sociaux - Théories et méthodologies de l'intervention sociale, Tome IV, Presse de l'Université du Québec.

DREES (2004), Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie, *Etudes et Résultats*, n°315.

DRULHE M. (2000), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Rennes, ENSP.

DU MERLE O. (2010), *Complexité de la performance individuelle*, Paris, L'harmattan.

DUBAR C., TRIPIER P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.

DUBET F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Seuil.

DUMOND J.-P. (2003), Les conflits de pouvoir à l'hôpital, *Les Tribunes de la santé*, 1, pp.71-81.

DUPUIS J.-C., LE BAS C. (2009), Analyser le processus d'institutionnalisation de la Responsabilité sociale des entreprises » L'apport de trois approches institutionnalistes, *Revue Française de Socio-Économie*, n°4, pp. 83-98.

DURAN P. (1999), *Penser l'action publique*, Paris, L.G.D.J., éd. 2010.

DURAND C., PICHON A. (Collectif) (2003), *La puissance des normes*, Paris, L'Harmattan.

DURAND D. (1996), La santé, usages et enjeux d'une définition, *Prévenir*, n°30, pp. 3-6.

DURKHEIM E. (1893), *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige, 5^{ième} éd., 1998.

DURLACH C., FONTAINE-DELMOTTE M., FONTAINE O., BOYER P. (2003), *L'anxiété sociale*, Sprimont, Pierre Mardaga éditeur.

EDITORIAL, Les Tribunes de la santé, 2009, n°24, pp. 3-5.

EDOUARD F. (2010), *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, Conseil Economique, Social et Environnemental.

EHRENBERG A. (2003), *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.

ELIAS N. (1965), Logiques de l'exclusion - Enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté, Fayard, Edition 1997.

ELIAS N. (1982), *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois, Edition 1987.

EMERY C., DINET J., LAFUMA A. (2007), Evaluation du coût associé à l'obésité en France, *La presse médicale*, 36, pp. 832-840.

EMILIEN G., DURLACH C., FONTAINE-DELMOTTE M. (2003), *L'anxiété sociale*. Pierre Mardaga.

EPISTEMOLOGIE DE LA SCIENCE POLITIQUE, 1998, Presse de l'Université du Québec.

ESCHWEGE A., CHARPENTIER A. (2005), Obésité : à quand des industriels responsables ? *Marketing Magazine*, n°92.

ESTRYN-BEHARD M. (1997), Stress et souffrance des soignants à l'hôpital - Reconnaissance, analyse et prévention, Estem.

ESTRYN-BEHARD M., GADBOIS C., VAICHERRE E. (1978), Effets du travail de nuit en équipes fixes sur une population féminine. Résultats d'une enquête dans le secteur hospitalier, Vol. 39, Archives des maladies professionnelles,.

EUZEBY C., CARLUER F., CHAPON S. (2003), *Mondialisation et régulation sociale - Tome 2*, L'Harmattan.

EZEKIEL J. E., LINDA L.E. (1992), Four Models of the Physician-Patient Relationship, *Journal of the American Medical Association*, 267 n°16, pp. 2221-2226.

FASSIN D. (1998), *Les figures urbaines de la santé publique - Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

FASSIN D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé - Etudes sénégalaises, équatoriennes et française*, Karthala.

FASSIN D. (2002), L'invention française de la discrimination. *Revue française de science politique* , 52, 4, pp. 403-423.

FAURE O. (1979), L'hôpital et la médicalisation au début du XIXe siècle : l'exemple lyonnais (1800-1830), Tome 86, *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*.

FELLER S., BOEING H., PISCHON T. (2010), Body Mass Index, Waist Circumference, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus, *Deutsches Ärzteblatt International* , 107, 26, pp. 470-476.

FERREOL G., VIEILLE-MARCHISET G. (2008), *Loisirs, sports et sociétés : Regards croisés*, Presses Universitaires de Franche-Comté.

FHF (2012), Les médecins et la réforme du système de santé, *TNS Sofres*, 24 Mai.

FINGER M., Berangère RUCHAT B. (1997), Pour une nouvelle approche du management public, Seli Arslan.

FISCHLER C. (1979), Gastro-nomie et gastro-anomie, *Communications* , 31, pp. 189-210.

FISCHLER C. (1987), La symbolique du gros, *Communications*, n°46, pp. 255-278.

FISCHLER C. (1990), *L'omnivore*, Paris, Odile Jacob.

FISCHLER C., MASSON E. (2008), Manger : Français, Européens et Américains face à l'alimentation, Odile Jacob.

FONKEN L.K., WORKMAN J.L., WALTON J.C., WEIL Z.M., MORRIS J.S., HAIM A., NELSON R.J. (2010), Light at night increases body mass by shifting the time of food intake, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* , 107, n°43, pp. 18664–18669.

FOREST V. (2011), *Rémunération à la performance et mérite individuel : des limites d'une approche par les incitations* in MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., *L'hôpital en réanimation*, Editions du croquant.

FOUCART J. (2003), *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck et Larcier.

FOUCAULT M. (1976), *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT M. (1979), *Les Machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

FOUDRIAT M. (2007), *Sociologie des organisations* (2^{ème} éd.), Pearson Education, p.264.

FOUILLEUX E. (2008), Sous la direction de BORRAZ O., *Les politiques agricoles et alimentaires*, Paris, Sciences Po - Les Presses.

FOUQUET A. (2001), *Le travail domestique : du travail invisible au « gisement » d'emplois in Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France.

FOUQUET B., HERISSON C. (2011), *Hanche, genou et activités professionnelles*, Masson.

FOURNIER C., KERZANET S. (2007), *Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique*, 19, 5, pp. 413-425.

FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D. (2003), *La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles, Revue française de gestion*, n°146.

FRANCE 3 BRETAGNE (2010), *Vitré: une ville en lutte contre l'obésité*, 24 Mai (Consulté le 11 Avril 2012).

FRANCE 5 (2010), *Le programme « EPODE » présenté dans l'émission « Les Maternelles » sur France 5*, 28 avril (Récupéré sur Les maternelles : <http://fondation.nestle.fr/agir-aupres-des-familles/epode-presente-dans-lemission-les-maternelles-sur-france-5/>)

FRANCE INTER (2009), *Service Public – Fait-on vraiment tout pour prévenir l'obésité des enfants ?* 4 Mars.

FREEMAN R. E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Cambridge University Press, Edition 2010.

FRELUT M.-L. (2003), *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Une aide à la pratique à partir d'études de cas notamment*, Paris, Odile Jacob.

FROGUEL P. (2010), *Quelle est la contribution de la génétique dans les comportements alimentaires ?* Paris, Odile Jacob.

GALFANO G. (1996), *Un siècle d'assistance hospitalière à Carcassonne (1668-1789)*, Vol. 1.

GALLOIS P., FORZY G. (2010), « *Dis* » et « *Non-dit* » des réseaux de santé, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

GARRAUD P. (1996), Logiques d'acteurs et effets de système, *L'action Publique*, Paris, L'Harmattan.

GAUCHER D., LAURENDEAU F., TROTTIE L-H. (1981), Parler de la vie : l'apport des femmes à la sociologie de la santé, *Sociologie et société*, 13, 2, pp. 139-152.

GAUDIN J.-P. (2007), *Gouverner par contrat*, Sciences Po. Les Presses.

GEOFFARD P.-Y. (2011), Taxes et obésité, le choix des plus pauvres, *Libération*, 4 octobre.

GIANNINI M., GADEA C. (2006), *Savoir, Travail et Société*, Vol. 4, L'Harmattan.

GIDDENS A. (1984), trad.franç. *La constitution de la société - Eléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 1987.

GILBERT C., Henry E. (2009), Comment se construisent les problèmes de santé publique, Paris, La Découverte, pp. 9-33.

GIRARD F., COHIDON C., BRIANCON S. (2000), Les indicateurs globaux de santé in *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte.

GIRAULT E. (2011), Ce que la politisation fait aux politiques publiques : le désordre des temporalités, *Temporalités*, n°13.

GIUST-DESPRAIRIES F., DE GAULEJAC V. (2009), *La subjectivité à l'épreuve du social*, L'Harmattan.

GOCHMAN D.S. (1988), *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*, New York, Plenum Press.

GOFFMAN E. (1963), *Stigma : notes on the Management of spoiled Identity*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, trad.franç. *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975.

GOLDGERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F. (2002), Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences sociales et santé*, 20, 4, pp. 75-128.

GOODMAN C. (1995), *The invisible women - Confronting weight prejudice in America*, Gurze Books.

GORDON R. A. (1992), *Anorexie et boulimie - Anatomie d'une épidémie sociale*. Paris, Stock.

GOURMELON N. (2005), Les toxicomanes en temps du SIDA ou les mutations d'une prise en charge, L'Harmattan.

GRANOVETTER M.S. (1974), *Getting a Job: A Study of Contacts and Careers*, Harvard University Press.

GREENBAUM T.L. (1998), *The Handbook for Focus Group Research*, Sage Publications Inc.

GRENIER G., BOURDILLON F., GAGNAYRE R. (2007), Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles, *Santé Publique*, 19, 4, pp. 283-292.

GRIGNON C., GRIGNON C. (1980), Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie*, 21, 21-4, pp. 531-569.

GRIGNON M. (2002), Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle, *Revue Française des Affaires sociales*, n°2, pp. 143-176.

GRIMALDI A., PAPO T., VERNANT J.-P. (2008), Traitement de choc pour tuer l'hôpital public, *Le Monde diplomatique*, Février.

GROS DE LARQUIER S. (2010), Polémique autour de la revente des vaccins contre la grippe A, *Le Point*, 4 janvier.

GROSJEAN M., BARCET A., BONAMY J. (2003), Travail en réseau de soins et reconfigurations des territoires (<http://geocarrefour.revues.org/2139>) (Consulté le 20 Avril 2012)

GROSSETTI M. (2004), *Sociologie de l'imprévisible, dynamique de l'activité et des formes sociales*, PUF.

GRUENAI S. M.-E., DELPEUCH F. (1992), Du risque au développement : anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête, *IRD, Cahier des Sciences Humaines*, 28, 1, pp. 37-55.

GUERCI A., CONSIGLIERE S. (2003) in SUSANNE C., REBATO E., CHIARELLI B. (2003), *Anthropologie biologique - Evolution et biologie humaine*, De Boeck Université.

GUIGOU J.-L., PARTHENAY D., GERARD VARET L.-A. (2001), *Aménagement du territoire*, La Documentation française.

GUILLOIN R. (2009), *Sociologie de la division du travail : De l'emploi au politique*, L'Harmattan.

GUY GRAND B. (1997), *Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé*, Secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale.

HAMMAN P., MEON J.-M., VERRIER B. (2002), *Discours savants, discours militants : mélange des genres*, L'Harmattan.

HAS (2007), *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Recommandations*.

HAS (2011), *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*, Haute Autorité de Santé.

HASSENTEUFEL P. (2008), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Collin, éd. 2011.

HERCBERG S. (2006), Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) : pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France, INSERM.

HERCBERG S. (2009), *Comment lutter contre l'obésité aujourd'hui en France ?* Doctissimo, 29 septembre (<http://videos.doctissimo.fr/nutrition/surpoids/Comment-lutter-contre-l-obesite-aujourd-hui-en-France.html>) (Consulté le 30 Juillet 2011).

HERPIN N. (2004), *Sociologie de la Consommation*, La Découverte.

HERREROS G. (2007), L'hôpital à l'épreuve des réformes - Entre institution et organisation, *Santé et sociétés*, n°21, pp. 23-26.

HERREROS G., MILLY B. (2011), *La qualité à l'hôpital : Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan.

HERZLICH C. (1970), *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes and Mouton.

HERZLICH C. (1973), Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière, *Revue française de sociologie*, 14, pp. 41-59.

HERZLICH C. (1976), Le travail de la mort, *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 31, 1, pp. 197-217.

HERZLICH C. (1991), Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social, sous la direction de FLICK U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie - Théories subjectives et représentations sociales*, L'Harmattan.

HONNETH A. (2005), Invisibilité : sur l'épistémologie de la « reconnaissance ». *Réseaux*, n°129-130, pp. 39-57.

HOUNOUNOU A. (2007), *Sociologie et modernité*, Paris, Bréal.

HOUSSIN D. (2009), *Livre des plans de santé publique - 2ème édition : Prévention et sécurité sanitaire*, Ministère de la santé et des sports.

HUFTY M. (2007), *Jeux de gouvernance : Regards et réflexions sur un concept*, Paris, Karthala - Institut universitaire d'études du développement.

HUGHES E. (1971), *The Sociological Eye. Selected Papers*, Chicago, Aldine (réédition chez Transaction Books en 1984).

HUGHES E., BECKER H. S., GEER B., STRAUSS A. L. (1961), *Boys in White. Student Culture in Medical School*, Transaction Publishers.

HUTEAU S. (2006), *Le management public territorial - Eléments de stratégie, organisation, animation et pilotage des collectivités territoriales*, Papyrus.

INSEE (2006), *Données sociales : La société française*, Edition 2006.

INSEE (2007), *Enquête Budget de famille 2006, Société*, n°73.

INSERM (2008), *Activité physique : contexte et effets sur la santé*, Les éditions Inserm.

INVS (2010), *Contribution de l'Institut de veille sanitaire au débat public organisé par la Conférence Nationale de santé - Comment utiliser les données de santé ?* Direction scientifique.

JABOT F., DEMEULEMEESTER R. (2005), Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique, *Santé publique*, 17, n°4, pp. 597-606.

JACKSON A. S., STANFORTH P.R., GAGNON J. (2002), The effect of sex, age and race on estimating percentage body fat from body mass index: The Heritage Family Study, *International Journal of Obesity*, 26, 6, pp. 789-796.

JACOB S. (2004), sous la direction de BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po – Les Presses.

JACOB S. (2006), *Institutionnaliser l'évaluation des politiques publiques - étude comparée des dispositifs institutionnels en Belgique, en France, en Suisse et aux Pays-Bas*, Bruxelles, PIE - Peter Lang.

JACOLIN-NACKAERTS M., CLEMENT J.-P. (2008), La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation, *Lien social et Politiques*, n°59, 47-60.

JACOTOT B., BRESSON J.-L., CAMPILLO B. (2003), *Nutrition humaine*, Paris, Masson.

JACQUEMIN M., FRERE B. (2008), *Epistémologie de la sociologie: Paradigmes pour le XXI^e siècle*, Bruxelles, De Boeck.

JARDIN A., QUENEAU P., GIULIANO F., (2000), Progrès Thérapeutiques : La Médicalisation de la sexualité en question, John Libbey Eurotext, p. 51.

JEANBLANC A. (2010), L'État s'engage dans la lutte contre l'obésité, *Le Point*, 21 Mai.

JOLLY J.-F. (2008), Régir le territoire et gouverner les territoires, L'Harmattan.

JORF (2010), Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

JORF (2010), Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

JORF (2011), Compte rendu intégral - Débat sur l'état de la recherche en matière d'obésité (2011), Sénat, Séance du 25 mai, pp. 4225-4238.

JOUET E., FLORA L.G., LAS VERGNAS O. (2010), Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients, *Pratiques de formation – Analyses*, n°58-59, pp. 7-10.

JOURDAIN MENNINGER D., LECOQ G., GUEDJ J. (2010), *Evaluation du programme national santé - PNSS2 2006-2010*, Inspection générale des affaires sociales, La documentation Française.

JOYE J.-F. (2002), L'action économique territoriale, Outils juridiques et logiques d'acteurs, Paris, L'Harmattan.

JUTTING (1999), Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector. Paper presented at the ILO workshop on "The extension of social protection", Geneva, 13/14 Décembre 1999.

KENIGSBERG P.-A., ERSK K., GULCSI L., et al. (2009), Impact socio-économique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en Europe, *Gérontologie et société*, pp. 128-129.

KENIS P., SCHNEIDER V. (1991), Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox, in MARIN B, MAYNTZ R. (éd.), *Policy*

Networks - Empirical Evidence and Theoretical Considerations, Boulder, Westview Press.

KEPPENS D. (2011), *Les parents et l'obésité de l'enfant*, Thèse sociologie.

KINGDON J. W. (1994), *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Little, Brown and Company.

KUBRICK S. (1960), *Spartacus* [Film].

KUCZMARSKI R. J. (1992), Prevalence of overweight and weight gain in the United States, *American Society for Clinical Nutrition*, n°55, pp. 495S-502S.

LA FONDATION DE RECHERCHE SUR L'HYPERTENSION ARTERIELLE (2007), Le programme Epode de prévention de l'obésité infantile étendu à 113 nouvelles villes en France et sept villes pilotes à l'étranger (http://www.frhta.org/IMG/_article_PDF/article_61.pdf) (consulté le 1^{er} décembre 2011).

LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DE 1902 (2009), Les Tribunes de la santé, Presses de Sciences Po, n°25, p. 129.

LA VOIX DU NORD (2011), A l'école, prévenons ensemble l'obésité des enfants, 13 avril.

LA VOIX DU NORD (2011), Vivre en forme recherche des ambassadeurs, 13 octobre.

LACOURSE M.-T. (2006), *Sociologie de la santé* (2^{ième} éd.), Chenelière Education.

LAGARDE J.-C., DOOR J.-P., Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), n°2698, Assemblée Nationale.

LAGROVE J. (2006), *Sociologie politique*, Presses de Sciences Po et Dalloz.
LASSWELL H. (1936), *Politics: Who Gets What, When, and How ?* New York, McGraw-Hill.

LALANDE F., VEBER O. (2009), *La mort à l'hôpital*, La Documentation Française.

LAMBERT V. (2008), The French children learning to fight obesity, *The Telegraph*, March 8.

LASCOUMES P., LE GALES P. (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

LASCOUMES P., LE GALES P. (2004), sous la direction de BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po. - Les Presses.

LASCOUMES P., LE GALES P. (2006), *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.

LATNER J.D., SIMMONDS M., ROSEWALL J. K., STUNKARD A. J. (2007), Assessment of Obesity Stigmatization in Children and Adolescents: Modernizing a Standard Measure, *Obesity*, 15, 12.

LATOUR B. (1992), *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte.

LAURENT-BEQ A., LE GRAND E. (2006), La promotion de la santé à l'épreuve des territoires - Développer une approche territorialisée de la santé, *La Santé de l'Homme*, n°383.

LAZUECH G., MOULEVRIER P. (2006), Contributions à une sociologie des conduites économiques, Paris, L'Harmattan.

LE BOULER S. (2007), Comment évaluer la performance du système de sécurité sanitaire français ? La documentation Française, *Horizons stratégiques*, n°3, pp. 25-51.

LE BRETON D. (2008), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

LE CROM J.P., RETIERE J.N. (2001), L'aide alimentaire : quand les bienfaits privés font écran aux dons publics, *Acte de colloque, actions associatives, solidarités et territoires*, Saint-Etienne, Publication de l'Université de Saint-Etienne, pp. 111-116.

LE FIGARO (2009), Le programme « antiobésité » de deux communes du Pas-de-Calais cité en exemple, 26 Février.

LE GALES P., THATCHER M. (1995), *Les Réseaux de Politique Publique : Debat Autour Des Policy Networks*, Paris, L'Harmattan.

LE MONDE (2011), Augmentation du nombre de cancers en 2011 en France, 11 Juillet.

LE PARISIEN (2011), Encore 20% d'enfants en surpoids, 27 septembre.

LE POGAM Y. (1979), *Démocratisation du sport, mythe ou réalité ?* Paris, Jean-Pierre Delarge.

LE REPUBLICAIN LORRAIN (2010), Obésité infantile : le jeu au menu, 27 Mai.

LEBRUMENT N. (2012), *Intelligence économique et management stratégique - Le cas des pratiques d'intelligence économique des PME*, Paris, L'Harmattan.

- LECERF J.-M. (2001), *Poids et obésité*, Paris, John Libbey Eurotext.
- LECLUSE S. (2010), La « taxe soda » élargie aux édulcorants déclenche une bataille entre industriels, *La Tribune*, 13 octobre.
- LECOMTE J.-P. (2005), *Sociologie politique*, Gualino éditeur, p.54.
- LEMAIRE F., SAIDJ Y. (2009), Doctissimo (Videos: <http://videos.doctissimo.fr/>) (Consulté le 29 septembre 2011).
- LEMIEUX V. (2002), *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. Saint-Nicolas (Quebec), Presses Université Laval.
- LENAY O., MOISDON J.-C. (2003), Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue française de gestion*, n°146, pp.131-141.
- LERNER D., LASSWELL H. (1951), *The Policy Sciences : recent Developments in Scope and Method*, Standford University Press.
- LEVY P. (2005), *L'évaluation économique des maladies chroniques* (<http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/1544/Levyevaluationeconomiquemaladieschroniques.pdf?sequence=3>) (Consulté le 1 Juillet 2011)
- LOHR K. N. (1990), *A strategy for quality assurance*, Vol. 1, National Academy Press.
- MADDOX G.L., BACK K. W., LIEDERMAN V. R. (1968), Overweight as Social Deviance and Disability - Special Issue on Patients and Illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 4, pp. 287-298.
- MAHIEU C., SCIEUR P. (2010), *Les réseaux de santé : quelles logiques d'action collective organisée ?* Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- MANOUKIAN A. (2007), *Les soignants et les personnes âgées*, Lamarre.
- MARCELLINI A., MILIANI M. (1999), Lecture de Goffman - L'homme comme objet rituel, *Corps et culture*, n°4.
- MARET I. (2003), *Etalement urbain et friches industrielles - Revers de l'idéal américain*, L'Harmattan.
- MARROT B. (1995), *L'Administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan.
- MARTY (2007), *Georg SIMMEL - Esthétique sociologique*, Introduction MARTY P., trad. de l'Allemand par BARTHELEMY L., COLLOMB M., MARTY P., THEROND F., Les presses de l'Université de Laval – Maison des Sciences de l'homme.

MARTY F., TROSA S., VOISIN A. (2006), *Les partenariats public-privé*, La Découverte.

MASSEROT C. (2007), Publicité télévisée et obésité infantile : l'ambiguïté d'une relation, *6ème Journées Normandes de la Consommation - Colloque Société et Consommation* .

MASSON E., FISCHLER C., LAURENS S., RAUDE J. (2003), La crise de la vache folle : « psychose », contestation, mémoire et amnésie, Eres, *Connexions*, n°80, pp. 93-104.

MATHIEU L. (2000), *Prostitution et sida. Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Paris, L'Harmattan.

MATHIOT P. (2001), Acteurs et politiques de l'emploi en France (1981-1993), Paris, L'Harmattan.

MAUCOURT R. (2009), Obésité infantile : la publicité en accusation, *Le Monde*, 18 Février.

MAUSS M. (1934), Les techniques du corps. (Éd. PUF), *Journal de Psychologie - Reprinted in Mauss, Sociologie et anthropologie, 1936* .

McEWEN B. S. (1998), Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine* , 338, 3, pp. 171-179.

MEIDANI A. (2007), *Les fabriques du corps*, Presse Universitaire du Mirail.

MER R. (2004), Agriculteurs, paysans & co : crises d'identité et identité de crises, *Quaderni* , 56.

MERCEREAU F., BOUTEREAU-TICHET S., MAIGNE G. (2005), Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières, IGAS n°2005-137, IGF n°205-M-021-02, La Documentation Française.

MERCIER J. (2007), L'administration publique, de l'école classique au nouveau management public, Les Presses de l'Université de Laval .

MERIOT S.-A. (2002), *Le cuisinier nostalgique. Entre restaurant et cantine*, Paris, CNRS Éditions.

MERLEAU-PONTY M. (1964), *Le visible et l'invisible*, Gallimard.

MESLE F., Meslé, VALLIN J. (2008), Effet de l'adoption de la CIM-10 sur la continuité de la statistique des décès par cause. Le cas de la France, *Population* , p.63.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2006), Deuxième Programme National Nutrition Santé - 2006-2010 - Actions et mesures.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE (2011), Installation du Comité de Suivi PNNS-PO - Discours de Nora Berra, 6 Octobre.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE (2012), Décret n°2012-531 du 19 avril 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement du comité de pilotage et du comité de suivi du programme national relatif à la nutrition et à la santé (2011-2015) et du plan « Obésité » (2010-2013).

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE (2011), Instruction DGS/EA3/DGOS no 2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).

MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'Organisation.

MISPELBLOM F. (1999), *Au-delà de la qualité, démarches qualité conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros.

MISSION REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES (2006), Evaluation des réseaux de santé, pp. 1-3, ARS Rhône-Alpes.

MOLARIUS A., SEIDELL J. C., SANS S., TUOMILEHTO J., KUULASMAA K. (2000), Educational Level, Relative Body Weight, and Changes in Their Association Over 10 Years: An International Perspective From the WHO MONICA Project, *American Journal of Public Health* , 90, 8, pp. 1260-1268.

MONNERAUD L. (2011/2), Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce, *Revue française des affaires sociales* n°2-3.

MONTERO C. A., MOURA E. C., CONDE W. L., POPKIN B. M. (2004), Statut socio-économique et obésité parmi les populations adultes des pays en développement : revue, *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 12, pp. 940-946.

MORELLE A., TUBUTEAU D. (2010), *La santé publique*, Paris, PUF.

MORGAN J. F. (2008), *The Invisible Man: A Self-help Guide for Men With Eating Disorders, Compulsive Exercise and Bigorexia*, Routledge.

MORIN P., DELAVALLEE E. (2000), *Le manager à l'écoute du sociologue*, Paris, Editions d'Organisation.

MOULINIER P. (2002), *Politique culturelle et décentralisation*, Paris, L'Harmattan.

MUENNIG A., GLIED S.A (2010), What Changes In Survival Rates Tell Us About US Health Care, *Health Affairs*, 29, n°11, pp. 2105-2113.

MULLER L. (2003), La pratique sportive des jeunes dépend avant tout de leur milieu socioculture, *INSEE PREMIERE*, n°932.

MULLER P. (1990), *Les politiques publiques*, Paris, PUF.

MULLER P. (2000), L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50e année, n°2, pp. 189-208.

NONNON E. (2004), Travail visible et invisible : la trace écrite au tableau. *Recherches*, n°41.

OBEPI ROCHE (2009), *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - Une enquête INSERM / TNS HEALTHCARE(KANTARHEALTH) / ROCHE*.

OBERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE NORD-PAS-DE-CALAIS (2010), *Territoire et santé*.

OBESITE ET PRECARITE (2007), *Colloque régional*, Marseille, 13 Mars.

OCDE (2009), Panorama de la santé 2009 - Les indicateurs de l'OCDE.

ODE, J. J., PIVARNIK, J. M., REEVES, M. J., & KNOUS, J. L. (2007), Body Mass Index as a Predictor of Percent Fat in College Athletes and Nonathletes, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39, 3, pp. 403-409.

OGDEN C. L., LAMB M. M., CARROLL M. D., FLEGAL K. M., (2010), Obesity and Socioeconomic Status in Adults : United States - 2005–2008, *NCHS Data Brief*, n°50.

OGIEN R., KATUSZEWSKI J., (1983), A quoi sert la notion de réseau ? *Réseaux*, 1,3, pp. 27-36.

OLIVIER I., DABBAS M., NEGRE V., PAINEAU D. et al. (2011), Réseau de prévention de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) : Approche pluridisciplinaire et résultats après deux ans de suivi (*Enquête non publiée*).

OLSHANSKY S.J., PASSARO D.J., HERSHOW R.C. et al. (2005), A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century, *The new England Journal of Medicine*, March 17.

OMS (1977), Classification internationale des maladies : Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Volume 1.

OMS (1993), *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages*, trad. INSERM, Paris, CTNERHI, PUF, 1988.

OMS (2003), Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale - Rapport d'une consultation de l'OMS, OMS, *série de rapport technique n°894*, Genève.

OMS (2007), Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte, Danemark, Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2008), *Rapport sur la santé dans le Monde 2008 : Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*.

OMS (2012), Rapport mondial sur le handicap.

OP Z., RENAUD T. (2009, mars), Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, *DT n°23*, IRDES.

OPPERT J.-M. (2007), La santé... par l'activité physique ! INPES, *La Santé de l'homme*, n°387.

OROFIAMMA R. (1/2008), Les figures du sujet dans le récit de vie - En sociologie et en formation, CNAF, *Informations sociales*, n°145, pp. 68-81.

PAGES D., PELISSIER N. (2000), *Territoires sous influence*, Vol. 1, L'Harmattan.

PARRAT F. (1999), *Le gouvernement d'entreprise: ce qui a déjà changé, ce qui va encore évoluer*, Paris, Maxima .

PARSONS T. (1951), *The social system* (Vol. Chapitre X : "social Structure and Dynamic Process, the Case of Modern Medical Practice"), New York, The Free Press.

PASQUIER R., SIMOULIN V., WEISBEIN J. (2007), *La gouvernance territoriale : Pratiques, discours et théories*, L.G.D.J.

PATRY M., AUBERT B. (2003), La recette du succès : dix conditions de base permettent aux partenariats public-privé de fonctionner, *La Presse*, 7 décembre.

PEETERS A., BARENDREGT J.J., WILLEKENS F., MACKEENBACH J.P., AL MAMUN A., BONNEUX L. (2003), Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis, *Annals of Internal Medicine* , 138, 1, pp. 1-44.

- PENEFF J. (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié.
- PERETTI-WATEL P. (2001), La crise de la vache folle : une épidémie fantôme ? *Sciences sociales et santé* , 19,1, pp. 5-38.
- PERUCCA B. (2010), Espérance de vie, une croissance éternelle ? *Le Monde*, 16 décembre.
- PIERRU F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Editions du croquant.
- PIERRU F. (2011), *Les agences régionales de santé : une bonne idée au service d'une mauvaise politique, sous la direction de MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., L'hôpital en réanimation*, Paris, Éditions du croquant.
- PIERRU F., HASSENTEUFEL P. (1999), L'«hôpital-entreprise» : Une self-fulfilling prophecy avortée, *Politix* , 12, n°46.
- PISON G. (2005), France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans, INED, *Population et Sociétés*, n°410.
- PLOURDE S. (2000), Où s'en va la médecine clinique ? Cerf, *Ethique et théologie morale - Le supplément*, n°215.
- POCIELLO C. (1999), *Les cultures sportives : pratiques, représentations et mythes sportifs* (3^{ème} éd.), Presses universitaires de France.
- POPKIN B. M., DUFFEY K., GORDON-LARSEN P. (2005), Environmental influences on food choice physical activity and energy balance, *Physiology and Behavior* , Elsevier, pp. 603 – 613.
- POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C.M. (2010), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES.
- POULAIN J.-P. (1999), *Enquête sur les repas à l'hôpital – L'avis des patients ce qu'ils mangent ce qu'ils laissent*, Néo Restauration, n°359, pp.49-56.
- POULAIN J.-P. (2001), *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*, Paris, Privat.
- POULAIN J.-P. (2002), *Sociologie de l'alimentation*, Presses Universitaires de France.
- POULAIN J.-P. (2007), *L'homme, le mangeur, l'animal - Qui nourrit l'autre ?* Paris, Les cahiers de l'OCHA, n°12.
- POULAIN J.-P. (2008), Faut-il taxer la "malbouffe" ? *L'Express*, (FLEURIOT C. Intervieweur), 8 Août.

POULAIN J.-P. (2009), Assumons collectivement la responsabilité de l'obésité. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2617, 10 Juillet.

POULAIN J.-P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Presses Universitaires de France.

POULAIN J.-P. (2010), L'obésité : un objet pour les sciences sociales, *ENS Lyon*.

POULAIN J.-P., JEANNEAU S., TIBERE L. (2002), Etat des lieux : Comité de Liaison Alimentation Nutrition, Rapport de mission de Monsieur le Professeur Claude Ricour, Ministère de la santé.

POULAIN J.-P., TIBERE L. (2008), *Alimentation et précarité*, Anthropology of food (<http://aof.revues.org/4773>) (Consulté le 25 Juin 2012).

PREVENIR (1982), L'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945.

PROTEINES (2010), « EPODE® : 5 ANS déjà et un pari réussi... », *Dossier de presse*, Mai.

PUHL R. M., PETERSON J.L., LUEDICKE J. (2011), Parental Perceptions of Weight Terminology That Providers Use With Youth, *American Academy of Pediatrics*, 128, n°4.

RABEHARISOA V., CALLON M. (2002), L'engagement des associations de malades dans la recherche, *Revue internationale des sciences sociales*, n°171.

RAJABLAT M. (2003), *La toilette : voyage au coeur du soin*, Masson.

RALLET A. (2002), *Le local à l'épreuve de l'économie spatiale : Agriculture, environnement, espaces ruraux*, Inra-Quae.

RASTOIN J.-L., GHERSI G. (2010), *Le système alimentaire mondial, concepts et méthodes, analyses et dynamiques*, Paris, Quae.

RAVENET P. (2004), sous la direction de BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Sciences Po - Les Presses.

RAVEYRE M., UGHETTO P. (2003), Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières, 3, pp. 95-119.

RECOURS F., HEBEL P., CHAMARET C. (2006), Les populations modestes ont-elle une alimentation déséquilibrée ? CREDOC, *Cahier de recherche*, n°232, p. 109.

REGNIER F. (2004), *L'exotisme culinaire - Essai sur les saveurs de l'autre*, Paris, Presses Universitaires de France.

REGNIER F. (2009), Obésité, goûts et consommation, *Revue française de sociologie*, 50, 4, pp. 747-773.

REICHER-BROUARD V. (2001), Repenser la coopération. Les modèles sociologiques en question, *Travailler* (5), pp. 119-136.

RENAUD M., L'avenir : Hygié ou Panacée ? Sous la direction de R.G. EVANS, M.L. BARER, T.R. MARMOR (1996), Etre ou ne pas être en bonne santé - Biologie et déterminants sociaux de la maladie, Les Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext.

RENEHAN A. G., TYSON M., EGGER M., HELLER R. F., ZWAHLEN M. (2008), Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies, *The Lancet* , 371, 9612, pp. 569-578, February 16.

REYNAUD B. (2001), Suivre des règles dans les organisations, *Revue d'Economie industrielle*, 4ième trimestre, n°97, pp. 1-7.

REYNAUD E., REYNAUD J.-D. (1994), La régulation conjointe et ses dérèglements, *Le travail humain* , Tome 57 , n°3, pp. 227-238.

REYNAUD J.-D. (1988), Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie* , 29, 29-1, pp. 5-18.

RICHARDSON S.A., ROYCE J. (1968), Race and physical handicap in children's preference for other children, *Child Development* , 39, 2, pp. 467-480.

RICOUR C. (2003), *Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé*, Ministère de la santé.

RITTER P. (2008), *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS)*, Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports.

ROBELET M. (2002), *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Université Aix-Marseille, Thèse en sociologie.

ROBELET M., SERRE M., BOURGUEIL Y. (2005), La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques, *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 231-260.

ROBIN A. (2005), Une sociologie du « Beau sexe fort » - L'homme et les soins de beauté de hier à aujourd'hui, L'Harmattan.

ROCHER G. (1988), *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. (http://classiques.uqac.ca/contemporains/rocher_guy/Talcott_parsons_socio_amer/p_arsons_socio_amer.pdf) (Consulté le 30 Juillet 2012)

ROHMER O., BONNEFOND A., MUZET A., TASSI P. (2004), Etude du rythme veille-sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses. L'exemple des infirmières, *Le Travail Humain*, 67,4, PUF.

ROLLAND-CACHERA M.-F. (1991), Méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel chez l'enfant : application au cas particulier de l'obésité, *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, Tome 3, n°3-4, pp. 191-200.

ROMON M., LOMMEZ A., TAFFLET M., BASDEVANT A., OPPERT J.-M., BRESSON J.-L., DUCIMETIERE P, CHARLES M.A., BORYS J.-M. (2008), Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes, *Public Health Nutrition*, 12, 10, pp. 1735-1742.

ROTHBLUM E. D., BRAND P.A., MILLER C. T., OETJEN H.A. (1990), The relationship between obesity, employment discrimination, and employment-related victimization, *Journal of Vocational Behavior*, 37, 3, pp. 251-266.

ROTHBLUM E.D. (1992), The Stigma of Women's Weight: Social and Economic Realities, *Feminism and Psychology*, 2, 1, pp. 61-73.

ROTHIER-BAUTZER E. (2002), Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient, *Revue Française de Pédagogie*, n°138.

ROUAUD P., BAUDE C. (2008), *Evaluation d'une action d'orientation et de conseil nutritionnels des médecins du travail auprès de salariés en surpoids ou obèses en Haute-Normandie*, Institut de veille sanitaire.

SAILLY J.-C., LEBRUN T. (1997), *Dix ans d'avancées en économie de la santé: actes des XIXes Journées des Economistes de de la Santé Français*, John Libbey Eurotext.

SAINSAULIEU Y. (2006), Les appartenances collectives à l'hôpital, *Sociologie du travail*, 48, 1, pp. 72-87.

SAINSAULIEU Y. (2007), Les communautés à l'hôpital, *Esprit Critique - Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*, 10, n°1.

SALEMI O. (2008), Comportements et pratiques alimentaires des diabétiques - Essai d'analyse socio anthropologique, *2èmes journées de recherches en sciences sociales*, INRA SFER CIRAD, LILLE, 11 et 12 décembre.

SALOMEZ J.-L. (2011), L'unité de temps, de lieu et d'action déjouée par la maladie chronique, (www.else revue.fr: <http://www.else revue.fr/2011/la-primaute-du-sujet/>) (Consulté le 23 Avril 2012).

SANTI P. (2010), Tous inégaux devant l'obésité. *Le Monde*, 3 Décembre.

SARLON E. (2002), Recueil des principaux problèmes de santé en France - D'après les rapports La Santé en France, 1994, 1998, 2002, Haut Comité de la santé publique, La Documentation Française.

SARRADON-ECK A, VEGA A, FAURE M, HUMBERT-GAUDART A, LUSTMAN M (2008), Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56, n°S4.

SASSI F. (2010), L'obésité et l'économie de la prévention, OCDE.

SAUNIER C. (2004), Les nouveaux apports de la science et de la technologie à la qualité et à la sûreté des aliments - Tome II – Actes du colloque « L'alimentation de demain », Sénat.

SCHAFER M.H., FERRARO K. F. (2011), The Stigma of Obesity: Does Perceived Weight Discrimination Affect Identity and Physical Health ? *Social Psychology Quarterly*, 74, 1, pp. 76-97.

SCHEEN A. J. (2006), Stratégie thérapeutique chez le patient diabétique de type 2 obèse, *STV*, 18, n°6, pp. 302-310.

SCHMIDHAUSER S., WIESER S., BRUGGER U. (2009), Les déterminants économiques de l'obésité : Revue de littérature internationale étendue, Institut d'économie de la santé de Winterthour.

SCHWEYER F. X. (2005), L'hôpital sous tension, *Sciences Humaines - Hors série*, n°48.

SCHWEYER F.-X. (2006), Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital, Droz, *Revue européenne des Sciences Sociales*, Tome XLIV, n°135, pp. 45-60.

SEGRESTIN D. (2004), *Les chantiers du manager*, Paris, Arman Colin.

SEGUIN E. (2002), La crise de la vache folle au Royaume-Uni. Quelques explications possibles, *Revue française de science politique*, 52e année, n°2-3, pp. 273-289.

SEIDELL J. C. (1995), Obesity in Europe: scaling an epidemic, *International Journal of Obesity*, 19, Suppl 3.

SEIDELL J.C., KAHN H.S., WILLIAMSON D.F. (2001), Report from a Centers for Disease Control and Prevention Workshop on Use of Adult Anthropometry for Public Health and Primary Health Care, *American Journal of Clinical Nutrition*, 73, 1, pp.123-126.

SENAT (2011), Compte rendu intégral - Séance du mercredi 25 Mai 2011 - Débat sur l'état de la recherche en matière d'obésité, pp.4225-4238.

SETBON M. (2000), La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, n°42, pp.51-68.

SETBON M. (2004), Riques, sécurité sanitaire et processus de décision, Nancy, Elsevier.

SHETTY P.S., JAMES W.P.T. (1994), Body mass index - A measure of chronic energy deficiency in adults, Rome, FAO Food and Nutrition.

SIEBERT C. (2010), in MERKLING J., LANGENFELD S., *Psychologie, Sociologie, Antropologie*, Masson.

SIMON D., TRAYNARD P.-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R. , GRIMALDI A. (2009), Education thérapeutique, Prévention et maladie chronique, Elsevier Masson, p.4.

SIMOULIN V. (2003), La gouvernance et l'action publique : le succès d'une forme simmélienne, *Droit et Société*, n°54, 314-317.

SINGER-VINE J. (2008), *L'Indice de Masse Corporelle est une mesure obsolète de l'obésité - Mais les médecins risquent de continuer à l'utiliser encore longtemps*, (<http://www.slate.fr/story/8591/l-imc-indice-de-masse-corporelle-n-est-pas-representatif-les-medecins-l-utilisent-trop>) (Consulté le 11 février 2011, sur Slate.fr)

SLAMA-CHAUDHRY A., SCHALLER P., RAETZO M.-A., GASPOZ J.-M. (2008), Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente, *Revue Médicale Suisse*, 4, n°172.

SOBAL J. (1984), Obesity and the family - Group dieting, the stigma of obesity, and overweight adolescents: contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity, Vol. 7, The Haworth Press, Inc.

SOBAL J., RAUSCHENBACH B. S., FRONGILLO E. A. (1992), Marital status, fatness and obesity, *Social Science & Medicine*, 35, 7, pp. 915-923.

SOBAL J., STUNKARD A.J. (1989), Socioeconomic status and obesity : A review of the literature, *Psychological Bulletin*, 105, 2, pp. 260-275.

SPANOU C. (1991), *Fonctionnaires et militants. L'administration et les nouveaux mouvements sociaux*, Paris, L'Harmattan.

SPURLOCK M. (2004), *Super Size Me* [Film].

SPYCKERELLE Y., GIORDANELLA J.-P., POISSON D. (2002), Grignotage, surpoids et obésité chez les jeunes, quels liens avec la précarité ? CERIN, *Alimentation et précarité*, n°16.

STEUDLER F. (1972), *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin.

STRAUS R. (1957), The nature and status of medical sociology, *American Sociological Review*, 22, pp. 202-204.

STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER B., EHRLICH D., SABSHIN M. (1963), *The hospital audits negotiated order*, New York, The Free Press.

STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER R., EHRLICH D., SABSCHIN M. (1964), *Psychiatric Ideologies and Institutions*, New York, The Free Press of Glencoe.

STRAUSS A.L., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., WIENER C. (1985), *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press.

SUNDQUIST J., JOHANSSON S.-E. (1998), The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study, *International Journal of Epidemiology*, n°27, pp. 57-63.

SZASZ T. S., HOLLENDER M.H. (1956), A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship, 97, 5, *Archives of Internal Medicine*.

SZECSENYI J. (2010), Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne, *Revue française des affaires sociales*, n°3.

TAUBER M. (2011), Les RéPPOPs : la pluridisciplinarité au sens large et dans la durée, *Le concours médical*, Tome 132, pp. 273-274.

TAZE S., FERRAND A. (2007), Systèmes de santé et discours profanes. *Sociologie Santé*, n°26, pp. 31-48.

TEISSERENC P. (2003), *Les recompositions locales des formes de l'action publique*, Paris, L'Harmattan.

TF1 (2006), *Hôpitaux : les gynécologues dénoncent « l'intégrisme musulman »* (<http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/hopitaux-gynecos-denoncent-integrisme-musulman-4863865.html>, 20 octobre) (Consulté le 15 Septembre 2011).

THIERRY X. (2010), Roselyne Bachelot à Vitré pour encourager l'Epode, *Ouest France*, 20 Mai.

THOENIG J.-C., DURAN P. (1996), L'État et la gestion publique territoriale, *Revue française de science politique*, 46, n°4.

THOITS P. A. (2010), Stress and Health - Major Findings and Policy Implications, *Journal of Health and Social Behavior*, 51, n°1.

THUDEROZ C. (2011), *Clefs de sociologie pour ingénieur(e)s*, Presses Polytechniques Romandes.

TIBERE L., PROENCA R., POULAIN J.-P. (2007), Les adolescents obèses face à la stigmatisation, *Obésité*.

TORRES O. (2003), Petitesse des entreprises et grossissement des effets de proximité, *Revue française de gestion*, n°144, pp. 119-138.

TOUSSAINT J.-F. (2008), Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS), Ministère de la Santé.

TUBERG-ROMAIN C. (2003), *Médecine de l'enfant à l'adolescent*, Paris, Elsevier.

UFC QUE CHOISIR - Communiqué (2009), *Mise au pas de l'INPES - L'UFC-Que Choisir dénonce le démantèlement de la politique de prévention de l'obésité !* (<http://www.quechoisir.org/alimentation/nutrition/communiquemiseaupasdelinpes-lufc-que-choisir-denonce-le-demantelement-de-la-politique-de-prevention-de-l-obesite>) (Consulté le 14 Avril 2012)

UHALDE M. (2001) sous la direction de Renaud Sainsaulieu, L'intervention sociologique en entreprise - De la crise à la régulation sociale, Paris, Desclée de Brouwer.

VALETTE A. (2005), *La restructuration comme coopération : le réseau dans tous ses états*, Les Presses Universitaires de Montreal.

VATIN F. (2009), *Evaluer et valoriser : Une sociologie économique de la mesure*, Presses Universitaires du Mirail.

VEGA A. (1997), Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, *Sciences sociales et santé*, 15, 3, pp. 103-132.

VELUT S., GHORRA-GOBIN C. (2006), Les rapports public-privé, enjeu de la régulation des territoires locaux, *Géocarrefour*, Vol. 81/2, pp. 99-104.

VERCHERAND J. (2002), *Agriculteurs, ruraux et citadins - Les mutations des campagnes françaises*, Dijon, Educagri.

Vie Publique (2010), *Agences de sécurité sanitaire : une fusion controversée*, (<http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/agences-securite-sanitaire-fusion-controversee.html>) (Consulté le 30 juin 2011).

VIGARELLO G. (1996), *La santé : d'une définition négative à une vision positive, Prévenir, La santé, usages et enjeux d'une définition*, n°30.

VIGARELLO G. (2010), *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris, Seuil.

VIGNES M. (2010), *Parcours urbains de soins des personnes en situation sociale de vulnérabilité et systèmes médico-sociaux. Le cas des personnes séropositives à Bruxelles*, Louvain-la-Neuve, Les Presses Universitaires de Louvain.

VINET A. (2004), *Travail organisation et santé - Le défi de la productivité dans le respect des personnes*, Les Presses de l'Université de Laval.

VRANCKEN D. (1995), *L'Hopital déridé - Action organisée et compétence éthique en gériatrie*, Paris, L'Harmattan.

VRANCKEN D., KUTY O. (2001), *La sociologie et l'intervention - Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck Université.

WANG Y., BEYDOUN M.A. (2007), *The Obesity Epidemic in the United States-Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics : A Systematic Review and Meta-Regression Analysis*, *Epidemiologic Reviews*, 29, pp. 6-28.

WARDLE J., STEPTOE A. (2003), *Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 n°6, pp. 440-443.

WARIN P. (1999), *Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques*, *Revue française de science politique*, 49, n°1.

WEBER M. (1971), *Economie et société*, Paris, Plon.

WHITLOCK G., LEWINGTON S., SHERLIKER P. (2009), *Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies*, *The Lancet*, 373, n°9669, pp. 1083-1096.

WILKINSON R., MARMOT M. (2004), *Les déterminants sociaux de la santé - Les faits*, OMS.

WILLARD C. (1995), *La France Ouvrière - De 1968 à nos jours*, Tome 3, Paris, Les éditions de l'Atelier.

YAYA H. S. (2005), Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels, *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 10,3.

ZARAFIAN P. (1998), *Travail et communication, Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF.

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O. (2010), Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, Inspection générale des affaires sociales, La documentation Française.

ZERMATI J.-P., APFELDORFER G. (2010), *La restriction cognitive*, Paris, Odile Jacob .

ZIDI C. (1976), *L'aile ou la cuisse* [Film].

Index des principaux sigles

AFFSA Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AFSSET Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail

AJMED Association des Journalistes Médicaux

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

ANAP Agence nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANDEM Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ANIA Association Nationale des Industries Alimentaires

ANSES Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation et, de l'Environnement et du Travail

APM Agence de Presse Médicale

APS Activité Physique ou Sportive

ARH Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de Santé

ASHQ Agent des Services Hospitaliers Qualifié

ATIH Agence Technique de l'Information et de l'Hospitalisation

AVIESAN Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé

BIT Bureau International du Travail

BMI Body Mass Index

CA Conseil d'Administration

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CDD Contrat à Durée Déterminée

CDI Contrat à Durée Indéterminée

CEDUS Centre d'Études et de Documentation du Sucre

CHG Centre Hospitalier Général

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIF Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIM Classification Internationale des Maladies

CLAN Comité de Liaison Alimentation Nutrition

CME Commission Médicale d'Établissement

CNAF Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAO Collectif National des Associations d'Obèses

CNAV Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIEL Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNRC Comité National de la Recherche Clinique

CNRS Centre National de la Recherche Scientifique

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODES Comité Départemental d'Education pour la Santé

COFRAC Comité Français d'Accréditation

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRALIM Comité Régional de l'Alimentation

CRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CREDES Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

CREDOC Centre de Recherche et de Documentation

CRSA Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSA Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DALY Disability Adjusted Life Year

DAS Diagnostic Associé

DATAR Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

DGCCRF Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS Direction Générale de la Santé

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIAMIP Diabète Midi-Pyrénées

DIM Département de l'Information Médicale

DIRC Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique

DM Disease Management

DMP Dossier Médical Personnel

DMS Durée Moyenne de Séjour

DNDR Dotation Nationale de Développement des Réseaux

DOM Département d'Outre Mer

DP Diagnostic Principal

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRJSCS Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENCC Echelle Nationale de Coûts à Méthodologie Commune

ENN Epode European Network

ENNS Etude Nationale Nutrition Santé

ENSP Ecole Nationale de la Santé Publique

EPODE Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants

EPP Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPRUS Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

EPS Education Physique et Sportive

ETP Education Thérapeutique du Patient

FAO Food and Agriculture Organization

FHF Fédération Hospitalière de France

FIQCS Fonds d'Intervention pour la Qualité et le Coordonation des Soins

FLVS Fleurbaix-Laventie Ville Santé

FMESPP Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

GHM Groupe Homogène de Malades

GHS Groupe Homogène de Séjours

HACCP Hazard Analysis Critical Control Point

HALDE Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
HAS Haute Autorité de Santé
HCSP Haut Comité de la santé publique
HPST Hôpital Patient Santé Territoire
IAA Industries Agroalimentaires
IDRES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF Inspection Générale des Finances
IMC Indice Masse Corporelle
INCA Institut National du Cancer
INPES Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
INRA Institut National de la Recherche Agronomique
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSEP Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance
INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INTERFEL Interprofession de la Filière des Fruits et Légumes frais
INVS Institut de Veille Sanitaire
IOTF International Obesity Task Force
IPAQSS Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRCO Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations
IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IREPS Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
KP Keiser Permanente
LOLF Loi Organique relative aux Lois de Finances
MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MECS Maison d'Enfants à Caractère Social
MERRI Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation
MONICA Monitoring des Maladies Cardio-vasculaires
NHANES National Health and Nutrition Examination Surveys
OCDE Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM Objectif Annuel des Dépenses de l'Assurance Maladie
OPEPS Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé
OSEAN Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord-Pas de Calais
PAI Plan National Alimentation Insertion
PES Plan Education Santé
PHRC Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PLFSS Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMI Protection Maternelle et Infantile
PMSI Programme de Médicalisation du Système d'Information
PNA Programme National pour l'Alimentation
PNAPS Plan National de Prévention par les Activités physiques ou Sportives
PNNS Programme National Nutrition Santé
PNSE Plan National Santé Environnement
PO Plan Obésité
PPS Programme Personnalisé de Soins
PRS Plan Régional de Santé
PSPH Participant au Service Public Hospitalier
PUPH Professeur des Universités Praticien Hospitalier
RAP Risque Attribuable à la Population
REPPPOP Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
RGPP Révision Générale des Politiques Publiques
RSA Revenu de Solidarité Active
RSE Responsabilité Sociale de l'Entreprise
RSS Résumé de Sortie Standardisé
RUM Résumé d'Unité Médicale
SAE Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SFN Société Française de Nutrition
SFNEP Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
SFP Société Française de Pédiatrie
SMR Service Médical Rendu
SRAS Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

T2A La tarification à l'activité

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

UPC Unité de Production Culinaire

URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USEN Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle

USLD Unité de Soins de Longue Durée

UTNC Unité Transversale de Nutrition Clinique

ZEAT Zone d'Etudes et d'Aménagement du Territoire

Table des tableaux

<i>Tableau 1. Les types de relations médecin-patient selon JE Emanuel et LL Emanuel (1992)</i>	41
<i>Tableau 2. Evaluation des risques pour la santé à l'appui de l'IMC et du Tour de taille</i>	63
<i>Tableau 3. Impact d'une imposition fiscale de la graisse des produits laitiers sur les prix à la consommation et sur les quantités consommées</i>	86
<i>Tableau 4. Evolution du z-score d'IMC après deux ans de suivi (répartie en 4 groupes : réussite, amélioration, stabilisation, aggravation) selon l'âge des enfants à l'inclusion</i>	212
<i>Tableau 5. Table de correspondance des chapitres et des codes de l'obésité</i>	260
<i>Tableau 6. Répartition des 30 patients du service de médecine présentant des troubles de santé en lien avec l'obésité ou des maladies associées en Diagnostic Principal et en Diagnostic Associé pour l'année 2011</i>	262
<i>Tableau 7. Valorisation financière des séjours des 30 patients du service de médecine selon les différents types d'obésité</i>	266
<i>Tableau 8. Etude comparative des tarifs des GHS pour un même patient reconnu en diagnostic principal soit comme obèse, soit comme diabétique. Les diagnostics associés restent inchangés</i>	267
<i>Tableau 9. Etude comparée du programme d'action du Centre spécialisé en l'obésité du CHU de Toulouse et du programme de disease management</i>	292

Table des figures

<i>Figure 1. Risques de cancer en liaison avec la progression de l'IMC de 23 à 28</i>	32
<i>Figure 2. Le continuum des déterminants de la santé (inspiré de Marie-Thérèse Lacourse, 2006)</i>	33
<i>Figure 3. Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)</i>	59
<i>Figure 4. Courbe de l'IMC chez les garçons de 0 à 18 ans</i>	61
<i>Figure 5. Prévalence de l'obésité par groupe d'âge chez les femmes noires et les femmes blanches (en %) aux USA</i>	73
<i>Figure 6. Prévalence de l'obésité aux Etats Unis chez les adultes de 20 ans et plus selon les critères de l'éducation, du sexe, la race et l'ethnie</i>	74
<i>Figure 7. Indice relatif d'inégalité de l'embonpoint par niveau d'éducation</i>	76
<i>Figure 8. La prévalence de l'obésité progresse régulièrement avec l'âge chez l'homme comme chez la femme (en %)</i>	78
<i>Figure 9. Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction des revenus nets mensuels du foyer</i>	79
<i>Figure 10. Consommation par poste de dépense, selon le niveau de vie du ménage</i>	84
<i>Figure 11. La transition nutritionnelle en France</i>	94
<i>Figure 12. Représentation des interactions et des flux financiers entre les acteurs des réseaux RePPOPs</i>	206
<i>Figure 13. Représentation des interactions et des flux financiers entre les acteurs du réseau EPODE</i>	221
<i>Figure 14. Phase 1 – 1992/1998 – Configuration des acteurs et des relations au niveau local lors de la création de l'association FLVS</i>	223
<i>Figure 15. Phase 2 – 2004/2007 - Processus de découplage à FLVS et d'encastrement à EPODE</i>	226
<i>Figure 16. Phase 3 – 2007/2012 - Processus de bifurcation d'EPODE à EPODE Européan Network</i>	233

Figure 17. Interaction entre les composantes de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l’OMS _____ 277

Table des illustrations

<i>Illustration 1. Définition de la santé en neuf principes selon l’OMS</i>	<i>28</i>
<i>Illustration 2. Transformation informatique de la photo d’un curriculum vitae d’un candidat à un emploi de commercial</i>	<i>69</i>
<i>Illustration 3. Série de mots associés à un test sur les préjugés envers les personnes en surpoids.....</i>	<i>70</i>
<i>Illustration 4 L’obésité progresse dans toutes les régions françaises</i>	<i>81</i>

Annexes

Annexe n°1 – Le pilotage du système de santé au niveau régional – L'exemple de la région Alsace

Projet Régional de Santé (PRS)		
Types d'activités	Procédures	Pilotage
Définition des priorités d'action ⁶⁷	<p>Appel à projets. Sélection des priorités à l'appui de critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance du problème de santé repéré (prévalence, chronicité, gravité, impact socio-économique, atypie de la situation régionale) - Continuité de l'action publique et coordination avec les autres partenaires publics régionaux - Prise en compte des priorités nationales de santé 	<p>Le pilotage de la politique de santé est assuré à titre exclusif par l'ARS. A sa tête un <u>directeur général</u> nommé en conseil des ministres qui concentre un ensemble de pouvoirs qui relevait jusqu'ici du domaine de la responsabilité financière de l'Etat d'une part et de la sécurité sociale d'autre part.</p>

⁶⁷ Au nombre de quinze découpées en quatre axe stratégiques. Un premier axe ayant pour objet de « diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies qui ont l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace » avec comme première priorité de « Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents ». Le projet est élaboré au niveau du territoire, englobe des priorités locales. La lecture de la note de cadrage pour les années 2011 à 2017, permet de mieux appréhender la définition de cette priorité : « L'Alsace est particulièrement exposée en termes de prévalence. Le taux de prévalence de l'obésité chez les personnes de plus de 18 ans est en effet de 17,8 % en Alsace contre 14,5 % en France entière en 2009 (2ième position après le Nord-Pas-de-Calais). La progression est une des plus rapides de France : la prévalence a doublé depuis 1997. Les plus jeunes sont également touchés : la prévalence du surpoids (15,3 %, incluant l'obésité : 4,7 %) chez les enfants de 5-6 ans est supérieure à celle de toutes les autres régions (12,2 %, incluant l'obésité : 3,1 % respectivement en France entière). L'action régionale doit notamment s'attacher aux plus jeunes : la possibilité d'un dépistage et d'une prévention efficace orientée vers les enfants justifie de privilégier l'action sur cette catégorie d'âge. Elle nécessite l'implication des médecins traitants et des pédiatres et une action publique coordonnée avec l'Education nationale, la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale et les collectivités territoriales en particulier ».

	<ul style="list-style-type: none"> - L'acceptabilité et la faisabilité de la réponse qui peut être apportée au problème de santé identifié (disponibilité des moyens financiers, humains, sociaux - L'importance du bénéfice attendu social, sanitaire et pour la solidarité nationale - le délai dans lequel les actions menées peuvent être réalisées et évaluées) 	<p>Il prend des décisions, organise le fonctionnement de l'ARS dans le cadre d'orientations globales définies au niveau national.</p> <p>Les décisions s'appuient sur un dispositif de concertation qui associe les acteurs locaux au travers de trois instances</p> <p>Au niveau infrarégional, l'ARS arrête le découpage des <u>territoires de santé</u>. Au nombre de quatre, ces territoires sont l'espace de référence pour l'analyse des besoins de santé de la population et l'organisation des moyens dédiés à la santé recours.</p> <p>Chaque territoire de santé est constitué de <u>12 zones de proximité</u> correspondant à la prise en charge des besoins quotidiens ou de premiers recours.</p>
Expertise	<p>Réunions en groupes de travail :</p> <p>Composition : représentants de l'ARS et des partenaires extérieurs <u>choisis</u> pour leur compétence dans les différents domaines de l'action sanitaire et médico-sociale : médecins, professionnels hospitaliers, représentants de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, représentant de la protection judiciaire de la jeunesse...</p> <p>Auditions ou consultations possibles par les groupes de travail. Formulation par les groupes de travail d'objectifs opérationnels et d'indicateurs permettant de suivre et de mesurer le degré de réalisation des priorités (continuité des soins, pratiques professionnelles, incidences économiques et financières...).</p>	<p>L'animation au niveau de ces territoires est assurée par <u>des délégations territoriales départementales</u> qui déclinent les politiques régionales de l'agence localement, servent d'interface entre le niveau régional et le niveau de proximité, et accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets. Elles jouent un rôle important d'animation territoriale</p>

<p>Relation avec les acteurs</p>	<p>Trois instances de concertation au niveau de l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une Conférence Régionale de la Santé et d'Autonomie (CRSA) - quatre conférences de territoire - deux commissions de coordination des politiques de santé – l'une dans le champ de la prévention, l'autre dans le champ de l'accompagnement médico-social <p>Concertation grand public à l'appui d'un questionnaire mis en ligne relayé par une communication médiatique portant sur l'état de santé de la population locale et le fonctionnement du système de santé en région</p>	<p><u>Au niveau national</u>, les travaux des ARS sont coordonnés par le Comité de coordination des ARS. Il est notamment en charge de la fixation des objectifs des ARS, de la gestion de leurs moyens financiers et humains. Il assure la coordination entre les directions centrales du ministère chargé de la santé, l'Assurance maladie (régime général avec la CNAM et régimes spéciaux avec la MSA et le RSI) et la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA).</p>
<p>Accompagnement des opérateurs</p>	<p>Formation : non précisée</p>	

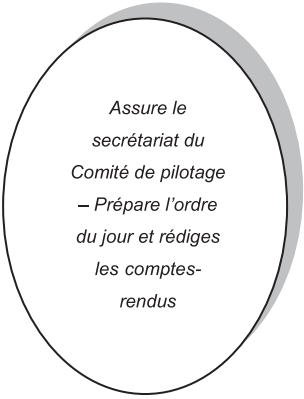

Annexe n°2 - Etude croisée du PO et des plans et programmes ayant des liens avec la prévention de l'obésité

Source	Plans ou programmes	Période	Actions ou mesures communes
Ministère de l'Agriculture, de la Pêche	Programme National pour l'Alimentation (PNA)	2011/2013	<p>Axe 1 – Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité</p> <p><i>Sous objectif</i> : Recherche de l'équilibre nutritionnel dans les cantines scolaires, les établissements universitaires, les établissements de santé</p> <p><i>Actions</i> : composition des menus, la qualité nutritionnelle des repas, dispositif « plaisir et cantine », horaires de fréquentation des restaurants, formation des personnels de restauration</p>
Ministère de l'Education Nationale	Programme éducation santé (PES)	Non précisé	<p>Deuxième Orientation - Education nutritionnelle et la promotion des activités physiques</p> <p><i>Actions</i> : interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les établissements scolaires et incitation à la consommation d'eau avec l'installation de fontaines d'eau ; développement des activités physiques ; recommandations sur les collations matinales et les goûters ;</p> <p><i>Projet santé à développer au niveau de chaque académie</i></p>
Ministère de l'écologie, Ministère de la santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Ministère du travail	Plan national santé environnement (PNSE 2)	2009/2013	<p>Mesure n°3 - Favoriser les mobilités douces »</p> <p>Fiche n°5 - annexe 2 - « santé et transports »</p> <p><i>Actions</i> : promouvoir l'usage des « transports doux » : marche à pied, vélo, rollers...</p> <p>Objectif : accroître « l'espérance de vie »</p>

<p>Ministère de l'agriculture, Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA), Fédération Nationale des Industries Laitières (CNIEL), Fondation Nestlé</p>	<p>Plan national alimentation insertion (PAI) – 7^{ième} édition</p>	<p>2011</p>	<p>Charte « Alimentation et insertion » Article 3 - Conforter et amélioration de l'équilibre nutritionnel afin de préserver la santé des plus démunis Article 6 - Développement des études portant sur l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire pour mieux répondre à leurs attentes</p>
<p>Ministère de la santé</p>	<p>Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS)</p>	<p>2008/ (non précisé)</p>	<p>Promotion des activités physiques chez l'enfant, l'adolescent, à l'université, dans l'entreprise, chez les séniors, chez les personnes atteintes de maladies chroniques, de maladie rare ou en situation de handicap</p> <p><i>Quelques Actions :</i></p> <p>Développer l'environnement construit pour favoriser les modes de déplacement en mobilité « active » : marche, vélo depuis le domicile vers l'école, l'université ou l'entreprise, autour de plans de déplacements pertinents ;</p> <p>Offrir une palette plus diverse d'activités, intégrant une pratique non compétitive et une offre adaptée pour les personnes atteintes de maladie chronique, de maladie rare ou en situation de handicap ;</p> <p>Développer des protocoles de recherche visant à établir la pertinence des critères de mobilité sur l'état de santé et la qualité de vie de tous les publics concernés ;</p> <p>Quantifier la pratique, via les Observatoires Régionaux de Santé, en lien avec les ARS qui pourraient coordonner la mise en œuvre des mesures ;</p> <p>Conduire des campagnes de communication, locales et nationales, pour changer la représentation sociale et les comportements vis-à-vis de l'APS ;</p>

			<p>Intégrer les APS dans le projet d'établissement des maisons de retraite, les EHPAD et les établissements du secteur médico-social ;</p> <p>Créer une filière d'opérateurs spécialistes d'activité physique ou sportive en lien avec la santé, facilitant l'accueil des personnes atteintes de maladie chronique, maladie rare ou en situation de handicap ;</p> <p>Développer la formation médicale initiale et continue dans ce domaine.</p>
Ministère de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche	Plan cancer	2009/2013	<p>Axe n°3 - Prévention et dépistage</p> <p>Mesure 11 - Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers</p> <p><i>Actions</i> : activités physiques, consommation de fruits et légumes, conception de l'habitat dans les quartiers dits « sensibles »</p>
Ministère de la santé	Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	2007/2011	<p>Axe 1 - Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer</p> <p>Mesure 1 - Diffuser auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils</p> <p>Mesure 3 - Impliquer patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants</p> <p>Axe 2 - Elargir la médecine de soins à la prévention</p> <p>Mesure 4/5/6 - Formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et rémunération des activités thérapeutiques à l'hôpital et en ville, développer des outils d'éducation thérapeutique pour les médecins traitants</p> <p>Axe 3 - Faciliter la vie quotidienne des malades</p> <p>Mesure 8 – Développer l'accompagnement personnalisé des malades ou de l'insertion dans l'entreprise</p> <p>mesure n°10 - Etendre aux maladies chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise</p>

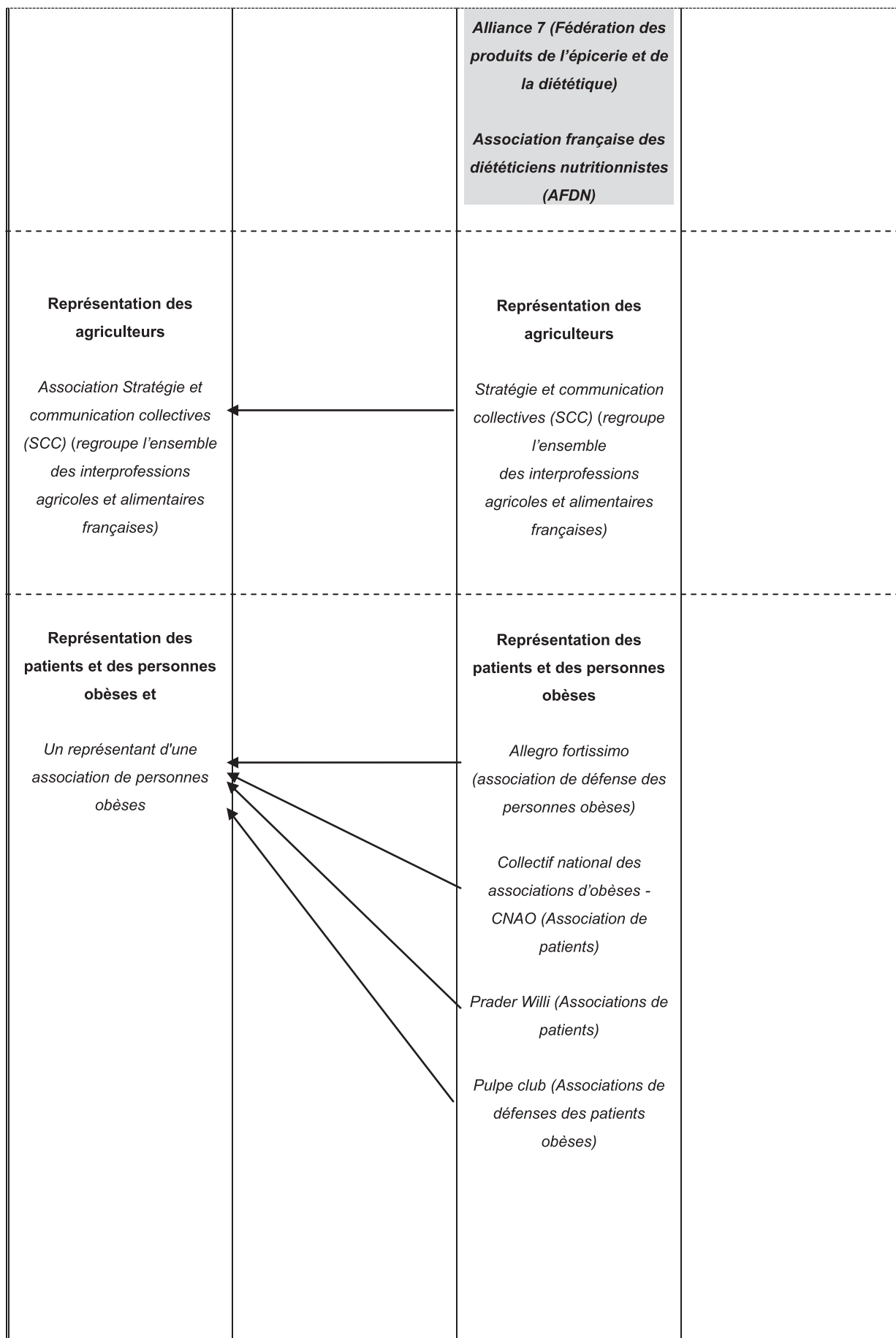
Annexe n°3 - Etude croisée des instances de pilotage du PNNS et du PO

Comité de pilotage du PNNS 2 2006-2010		Comité de pilotage du PNNS 3 et du PO 2011-2015	
Composition	Attributions	Composition	Attributions
Définies par Décret n°2007-558 du 13 avril 2007		Installé le 6 octobre 2011 – En attente de la publication des textes réglementaires	
	 <p>Assure le secrétariat du Comité de pilotage – Prépare l'ordre du jour et rédige les comptes-rendus</p>	Formation restreinte du Comité de Pilotage	 <p>Assure le secrétariat du Comité de pilotage</p>
Présidence <i>Direction Générale de la Santé (DGS)</i>		Présidence <i>Direction Générale de la Santé (DGS)</i>	
Vice-présidence <i>Pr. Herberg</i>		Co Présidence <i>Pr. Herberg</i> <i>Pr Basdevant</i>	
1. Membres de droit <i>DGS + Vice-président</i>	<p>Ne disposent d'aucun pouvoir de décision</p> <p>← Assurent la concertation et le dialogue entre les pouvoirs publics, les acteurs économiques et les associations intervenant dans le domaine de la nutrition</p> <p>Ont la capacité de constituer des groupes de travail</p>	1. Ministères impliqués	<p>Le Comité de pilotage dispose d'un pouvoir de décision. Il est chargé de la mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble des actions, à partir d'un programme de travail et de priorités</p>
<p>Ministère chargé de l'agriculture ou son représentant.</p> <p>Ministère chargé de la consommation</p>		<p>Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire</p>	

<p><i>Ministère chargé de l'éducation nationale</i></p> <p><i>Ministère chargé de la recherche</i></p> <p><i>Ministère chargé des collectivités territoriales</i></p> <p><i>Ministère chargé de la cohésion sociale</i></p> <p><i>Ministère chargé des personnes âgées</i></p> <p><i>Ministère chargé des sports</i></p> <p><i>Ministère chargé de la ville</i></p>	<p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p>	<p><i>Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative</i></p> <p><i>Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche</i></p> <p><i>Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration</i></p> <p><i>Ministère des solidarités et de la cohésion sociale</i></p> <p><i>Ministère de la santé</i></p> <p><i>Ministère des Sports</i></p> <p><i>Ministère de la Ville</i></p> <p>Ministère de la Culture et de la Communication</p> <p>Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement</p> <p>Ministère de la justice et des libertés</p> <p>Ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie</p>	<p><i>Le Comité de pilotage en formation restreinte se réunit une fois par trimestre</i></p>
<p>Partenaires publics</p> <p><i>Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)</i></p>	<p>←</p>	<p>Partenaires publics</p> <p><i>Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)</i></p>	

<p>Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)</p> <p>Institut de veille pour la santé (InVs)</p> <p>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)</p> <p>Haute autorité de santé (HAS)</p> <p>Institut national du cancer (INCa)</p> <p>Institut national de recherche agronomique (INRA)</p> <p>Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)</p> <p>Direction générale de la cohésion sociale</p> <p>Conseil national de l'alimentation (CNA)</p> <p>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</p> <p>Caisse nationale d'allocations familiales</p> <p>Fédération nationale de la mutualité française</p> <p>Direction générale de l'offre de soins</p> <p>Direction de la sécurité sociale</p>	<p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p>	<p>Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)</p> <p>Institut de veille pour la santé (InVs)</p> <p>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)</p> <p>Haute autorité de santé (HAS)</p> <p>Institut national du cancer (INCa)</p> <p>Institut national de la recherche agronomique (INRA)</p> <p>Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)</p> <p>Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE)</p> <p>Agence nationale pour la Rénovation urbaine (ANRU)</p>	
--	--	--	--

2. Membres nommés par arrêté du ministre chargé de la santé		2. Comité de suivi (Comité de pilotage élargi)	
		Membres nommés	
<p>Représentation des collectivités locales</p> <p>Association des maires de France (AMF)</p> <p>Assemblée des départements de France (ADF)</p> <p>Association des régions de France (ARF)</p>	<p>←</p> <p>←</p> <p>←</p>	<p>Représentation des collectivités locales</p> <p>Assemblée des départements de France (ADF)</p> <p>Association des maires de France (AMF)</p> <p>Association des régions de France (ARF)</p>	<p><i>Le Comité de suivi est une instance de concertation destinée à renforcer la mise en œuvre des plans</i></p> <p><i>Le Comité de suivi joue le rôle anciennement dévolu au Comité de pilotage du PNNS2</i></p> <p><i>A la capacité à constituer des groupes de travail</i></p>
<p>Organisations professionnelles et syndicats professionnels</p> <p>Fédération du commerce et de la distribution (FCD)</p> <p>Association nationale des industries alimentaires (ANIA)</p> <p>Syndicat national de la restauration collective (SRNC)</p> <p>Comité de coordination des collectivités(CCC)</p> <p>Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)</p>	<p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p> <p>←</p>	<p>Organisations professionnelles et syndicats professionnels</p> <p>Fédération du commerce et de la distribution (FCD)</p> <p>Association nationale des industries alimentaires (ANIA)</p> <p>Syndicat national de la restauration collective (SRNC)</p> <p>Association de la restauration collective en gestion directe (CCC)</p> <p>Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)</p>	<p><i>Le Comité de suivi se réunit deux fois par an</i></p>



<p>Représentation des consommateurs</p> <p><i>Deux représentants d'associations de consommateurs</i></p>		<p>Représentation des consommateurs</p> <p><i>Confédération de la consommation, du logement et du cadre de vie (CLCV)</i></p> <p><i>Union fédérale des consommateurs - UFC Que choisir</i></p>	
<p>Représentation des activités physiques</p> <p><i>Comité national olympique et sportif français (CNOSF)</i></p> <p><i>Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire</i></p>		<p>Représentation des activités physiques</p> <p><i>Comité national olympique et sportif français (CNOSF)</i></p> <p>Union nationale du sport scolaire (UNSS)</p> <p>Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP)</p>	
<p>Représentation des organismes publics ou parapublics</p> <p><i>Direction régionale des affaires sanitaires et sociales</i></p>		<p>Représentation des organismes publics ou parapublics</p> <p><i>Conseil national de l'alimentation (CNA)</i></p> <p>Alliance AVIESAN (Recherche)</p> <p><i>Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)</i></p> <p><i>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)</i></p> <p>Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)</p>	

<p style="text-align: center;">Autre</p> <p><i>Réseau français des villes-santé de l'OMS (RFVS)</i></p>		<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;">Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA)</div> <p style="text-align: center;">Autre</p> <p><i>Réseau français des villes-santé de l'OMS (RFVS)</i></p>	
<p style="text-align: center;">Personnalités qualifiées</p> <p>(Arrêté du 17 octobre 2008)</p> <p style="text-align: center;">Onze</p> <p>Sylvie Issanchou, Marlène Dreyfus, Dr. Jean-Fabien Zazzo, Pr Jean Bertsch, Pr. Jean-François Toussaint</p>		<p style="text-align: center;">Personnalités scientifiques qualifiées</p> <p>Pr Boitard / Pr Bourdillon / Pr Bresson / Mme Darmon / Pr Fishler / Pr A. Martin / Pr Simon / Pr Soler / Pr Toussaint / Pr Turck / Pr Zazzo / Pr Ziegler</p>	<p style="text-align: center;"><i>En attente de la publication des textes réglementaires</i></p>

Légende

← *Membres renouvelés*

Nouveaux membres

Annexe n°4 - Correspondance entre les actions du plan obésité et les préconisations des sociétés savantes

	Plan obésité	Propositions sociétés savantes
Axe 1 – Améliorer l’offre de soins et promouvoir le dépistage chez l’enfant et l’adulte	Faciliter une prise en charge de premier recours par le médecin traitant <i>(mesure 1.1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Formation des médecins de proximité sur l’alimentation et la nutrition, sur le dépistage et l’orientation des personnes souffrant des troubles nutritionnels <i>(Propositions n°18 et 23)</i> . Définition du rôle du médecin libéral compétent en matière de nutrition <i>(proposition n°24)</i>
	Structurer l’offre spécialisée au niveau régional et infra régional <i>(mesure 1.2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Adapter l’offre alimentaire en hôpital <i>(proposition n°26)</i> . Création d’unité médicale spécialisée en nutrition dans les établissements hospitaliers <i>(proposition n°27)</i> . Promouvoir l’éducation nutritionnelle et l’activité physique en région <i>(proposition n°4)</i> . Mobiliser les collectivités territoriales <i>(proposition n°5)</i>
	Promouvoir le dépistage précoce chez l’enfant et en assurer l’aval <i>(mesure 1.3)</i>	/

	Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique <i>(Mesure 1-4)</i>	Offrir dans un délai de 5 ans dans l'ensemble des régions une offre d'éducation thérapeutique pour les patients obèses <i>(proposition n°25)</i>
	Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité <i>(Mesure 1-5)</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Promouvoir l'éducation nutrition et l'activité physique en région <i>(proposition n°4)</i> . Mobiliser les collectivités territoriales <i>(proposition n°5)</i> . Organiser le travail en réseau avec les professionnels de santé de l'enfance <i>(proposition n°19)</i> . Inscrire un volet « activité physique et santé » dans les schémas de prévention élaborés par les ARS <i>(prévention n°7)</i>
	Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR) <i>(Mesure 1-6)</i>	/
	Assurer le transport sanitaire bariatrique <i>(Mesure 1-7)</i>	/
	Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer <i>(Mesure 1-8)</i>	/
	Analyser la pertinence des pratiques <i>(Mesure 1-9)</i>	/
	Informers le grand public et les professionnels <i>(Mesure 1.10)</i>	/

<p>Axe 2 - Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique</p>	<p>Actions préventives conduites dans le cadre du PNA (<i>Mesure 2.1</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Aider les consommateurs à repérer au moment de l'achat les produits alimentaires les plus favorables à l'équilibre nutritionnel global (<i>Proposition n°8</i>) . Réguler de la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants et le développement en volume horaire des campagnes nationales nutrition santé (<i>Proposition n°9</i>) . Réunions d'information auprès de parents, interventions auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes avec des animations pédagogiques adaptées en fonction des âges et des structures (<i>Proposition n°10</i>)
	<p>Actions préventives conduites dans le cadre du PNNS (<i>Mesure 2.2</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promotion de l'activité physique chez les enfants obèses avec la réalisation de guides pratiques d'activités physiques (<i>proposition n°14</i>) . Création d'un parcours activité physique-santé (<i>Proposition n°33</i>) . Réalisation de fiches descriptives sur les activités physiques et sportives et l'établissement de référentiels métiers et de certification (<i>Proposition n°34</i>) . Rendre plus accessibles aux populations défavorisées les aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier les fruits, les légumes et le poisson (<i>Proposition n°3</i>). . Promouvoir l'allaitement maternel et la consommation de lait et de laitage (propositions n°11, 12,13)

	<p>Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 – 2015 (Mesure 2.3)</p>	/
	<p>Actions préventives spécifiques (Mesure 2.4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promouvoir le sommeil (Proposition n°15) . Mobiliser des collectivités territoriales (Proposition n°5)
<p>Axe 3 - Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations</p>	<p>Mettre en place des actions aux bénéfiques des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique (Mesure 3-1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Rendre plus accessibles aux populations défavorisées les aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier les fruits, les légumes et le poisson (Proposition n°3).
	<p>Organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental, et aider les familles (Mesure 3-2)</p>	/
	<p>Lutter contre les discriminations dans le système de soins (Mesure 3-3)</p>	/
	<p>Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société (Mesure 3-4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Mettre en place d'études sur la souffrance des enfants obèses et sur l'éventuelle culpabilité de leurs parents (Proposition n°39).
	<p>Protéger le consommateur contre la communication trompeuse (Mesure 3-5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Réguler la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants et le développement en volume horaire des campagnes nationales nutrition santé (Proposition n°9)
<p>Axe 4 – Investir dans la recherche</p>		

Annexe n°5 - Estimation des coûts⁶⁸ pour l'équipement d'une chambre avec salle de bain pour patient obèse

Equipements hôteliers	Coût unitaire	Equipements biomédical	Coût unitaire
Lits pour personne obèse (250 kg)	4 114 € TTC	Brassard à tension	150 TTC
Chariot-brancard (charge maximale : 317 kg)	2 677 € TTC	Matériel de pesée	2 000 € TTC
Soulève-malade électrique	6 852 € TTC		
Fauteuils de repos pour personne obèse	2 400 € TTC		
Fauteuil roulant	4 157 € TTC		
Sous total	20 200 € TTC		2 150 € TTC
Total Général			22 350 € TTC

⁶⁸ Les sociétés spécialisées dans le développement de ces équipements sont encore peu nombreuses sur le marché ce qui tend à expliquer des coûts particulièrement élevés. Pour notre étude, nous avons retenu les coûts unitaires figurant dans le projet d'équipement de l'unité d'obèses du CHU (Octobre 2011), complétés par ceux du catalogue de la centrale d'achat de l'UGAP.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	6
L'obésité à l'hôpital : quels enjeux ?	8
La sociologie au service du gestionnaire	12
La délimitation du cadre de la recherche	17
Plan	20
PREMIERE PARTIE : SANTE, OBESITE ET POLITIQUE PUBLIQUE.....	24
Chapitre I : Sociologie de la médecine, sociologie de la santé : histoire d'une transition	26
1. La médecine et la santé : complémentarité des champs d'étude	26
1.1 Le contenu des notions de médecine et de santé.....	27
1.2. Les déterminants de la santé.....	29
2. Du passage de la sociologie de la médecine à la sociologie de la santé	33
2.1 L'apport décisif de la sociologie américaine.....	34
2.1.1 L'approche fonctionnaliste de la médecine de Talcott Parsons.....	34
2.1.2. La sociologie interactionniste d'Eliot Friedson et d'Anselm L. Strauss.....	37
2.2. L'avènement de la sociologie de la santé.....	47
Chapitre II : L'obésité, d'une question sociale à un enjeu politique	52
1. Les perspectives historiques et anthropologiques de l'obésité.....	52
1.1. Le corps en sociologie.....	53
1.2. Du prestige du « gros » à sa stigmatisation.....	54
1.3. La mesure et la démesure du « gros »	57
2. L'obèse en situation sociale	64
2.1. L'obèse, un sujet incertain	64
2.2. L'obèse est-il condamné à l'invisibilité ?	67
3. L'obésité et ses déterminants sociaux s'inscrivent dans une relation de causalité circulaire	72
3.1. La distribution sociale de l'obésité	72
3.2. La corrélation entre l'obésité et le statut socio-économique	82

4. Les coefficients multiplicateurs de l'obésité	90
4.1. L'offre des produits alimentaires et l'industrie agro-alimentaire au centre des controverses.....	91
4.2. L'interaction des conditions de travail	96
4.3. Le rôle des politiques publiques.....	98
4.3.1. Les transports, l'urbanisme et l'agriculture, au banc des accusés	98
4.3.2. La mise sur agenda de l'obésité ou la conversion des autorités publiques à la lutte contre l'obésité	100
Chapitre III : Politique publique et politique de santé publique.....	103
1. Le rôle de l'Etat dans la construction de la politique de santé publique	104
1.1. De la politique publique de santé à l'action publique de santé	104
1.2. Les réseaux et filières de santé publique à l'épreuve du local	111
1.2.1. Les réseaux et les territoires de santé, une relation de nécessité	113
1.2.2. La porosité des frontières entre secteurs publics et privés	117
2. La territorialisation de la santé publique remet en cause le modèle d'une régulation centralisée__	120
2.1. La coopération comme mode de régulation de relations au sein des réseaux de santé	120
2.2. L'évaluation des réseaux de santé publique, un champ en cours de construction.....	125
Chapitre IV : Comment l'obésité met à l'épreuve le modèle hospitalier	131
1. L'obésité à l'hôpital ou la représentation du partage symbolique du sanitaire et du social	132
1.1. La mise en lumière du modèle biomédical.....	133
1.2. En sacrifiant à la modernité, l'hôpital a renvoyé la dimension sociale de l'activité hospitalière dans la sphère du travail invisible	137
2. L'obésité face à la rationalisation de l'organisation hospitalière	140
2.1. La T2A, ou le triomphe de l'hyper-rationalisation de l'activité médicale.....	141
2.2. La « normalisation » des pratiques professionnelles	147
Conclusion première partie.....	153
 DEUXIEME PARTIE : L'ENTREE DE L'OBESITE DANS L'ESPACE PUBLIC	156
 Chapitre V : Problématique et méthodologie de recherche	158
1. L'obésité, une question médiatique surexposée et partiellement invisible dans l'appareil hospitalier	159
2. Le terrain et la méthodologie de recherche.....	162
2.1. Le guide d'entretien	166
2.2. Les entretiens collectifs et individuels.....	167
2.3. L'exploitation des données.....	169

Chapitre VI : Comment l'« instrument » PO participe à la visibilité de l'obésité..... 171

1. L'obésité dans la santé publique, entre dissimulation et mise en visibilité	172
1.1. De la difficulté à faire émerger l'obésité dans un ensemble de plans et de programmes	172
1.2. Le travail d'articulation entre le PO et les plans nationaux de santé publique	174
2. Le Plan Obésité, un instrument d'action sous contrainte	178
2.1. Le pilotage de l'obésité ou la figure de l'« Hydre »	179
2.1.1. Complémentarité ou concurrence interministérielle : quelle logique d'action ?	179
2.1.2. Le dispositif de pilotage du PNNS et du PO répond à un double mouvement contraire	186
2.2. Des impératifs de résultats inscrits dans une échelle temporelle de court terme.....	189
2.3. Le financement de l'obésité ou la règle de la globalisation des crédits	191
2.4. Un contenu faiblement normatif.....	199

Chapitre VII : Agencement du Plan Obésité et des formes locales de mobilisation 202

1. Les RePPOPs ou l'affirmation d'un réseau public de soins coordonnés pour la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent	203
1.1. Le réseau ville-hôpital comme modèle de l'organisation des RePPOPs.....	204
1.2. La centralité de l'hôpital dans l'organisation des soins en réseau	208
1.3. De la nécessité de développer des liens faibles pour assurer l'expansion des RePPOPs	212
2. EPODE ou comment des opérateurs privés organisent la lutte contre l'obésité chez l'enfant	216
2.1. Le partenariat public-privé érigé en modèle de réseau de prévention de l'obésité	217
2.2. L'initiative d'un « croisé » dans la structuration du réseau à l'échelon local.....	222
2.3. Le changement d'échelles du réseau et sa spécialisation dans le champ de l'obésité	225
2.4. La bifurcation du réseau à l'échelon supranational	232
Conclusion deuxième partie	236

TROISIEME PARTIE : L'INVISIBILITE PARTIELLE DE L'OBESITE A L'HOPITAL239

Chapitre VIII : L'obésité dans l'ombre portée de la dénutrition hospitalière..... 241

1. La primauté donnée à la dénutrition dans la définition des politiques nutritionnelles	242
1.1. La surreprésentation des personnes âgées dans les établissements de santé de proximité	242
1.2. L'influence des médecins dans le dispositif d'alerte	245
2. La prévention de la dénutrition en tant que forme dominante de lutte contre les troubles alimentaires	247
2.1. De la dénutrition à l'obésité tout est une question de poids	247
2.2. Les CLANs par leur capacité à centraliser l'ensemble des questions touchant à l'alimentation et à la nutrition ont vocation à corriger la priorité accordée à la prise en charge de la dénutrition sur l'obésité	251

Chapitre IX : Le recours à un dispositif de gestion dans le processus de visibilité de l'obésité en institution : le cas d'un hôpital de proximité	255
1. La modélisation du coût de l'obésité : étude au sein d'un pôle de médecine et de soins de suite et de réadaptation d'un hôpital de proximité.....	256
1.1. Le contexte de l'étude	257
1.2. Le matériel et les méthodes de recherche	258
1.3. Les résultats de l'étude	261
2. Discussion	264
2.1. Le mode de recrutement des malades est un facteur explicatif de la faible densité de sujets obèses dans le service de médecine	264
2.2. Le dispositif de gestion est révélateur du coût élevé de la prise en charge hospitalière.....	265
2.3. Le codage de l'IMC matérialise les tensions entre des professionnels de santé aux rationalités différentes	269
2.4. L'implication des acteurs hospitaliers dans la lutte contre l'obésité ne peut se résumer à un instrument de mesure de la performance économique	272
 Chapitre X : Un nouvel instrument au service de la visibilité de l'obésité : la création d'un centre spécialisé en obésité	275
1. L'obésité, une maladie singulière	276
1.1. Les femmes Kikuyu, ou le symbole du poids de l'environnement dans le développement de l'obésité	276
1.2. La singularité de l'obésité met sous tension l'appareil hospitalier	284
2. L'émergence d'un dispositif inédit de prise en charge de l'obésité : le cas du CHU de Toulouse ____	289
2.1. La construction d'un nouvel espace de travail partagé.....	290
2.2. Le médecin traitant, porte d'entrée de la prise en charge de l'obésité sur son territoire	294
2.3. Le « patient expert » transposé à l'obésité	301
Conclusion troisième partie	306
 CONCLUSION GENERALE	308
Les apports de la recherche	309
Les préconisations	312
Les perspectives de recherche	316
Les limites et les difficultés de la recherche	319
 BIBLIOGRAPHIE	321
 INDEX DES PRINCIPAUX SIGLES	361

TABLE DES TABLEAUX	367
TABLE DES FIGURES.....	368
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	369
ANNEXES.....	370
TABLE DES MATIERES	478

Résumé : L'hôpital à l'épreuve de l'obésité - éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique

Les rapports scientifiques l'attestent, la progression de l'obésité serait irrémédiable. Elle ferait peser sur la santé des individus des risques considérables et menacerait de faire imploser notre système de santé. Ce constat alarmant, a conduit les autorités publiques à prendre le problème à bras le corps. Par sa place centrale dans le dispositif des soins, il est demandé à l'hôpital de s'organiser pour répondre à ce véritable tsunami sanitaire. Or, la réalité hospitalière offre un étonnant contraste. La maladie semble apparemment invisible dans les services de soins. Dans le domaine des pathologies reliées aux troubles du comportement alimentaire, l'obésité ne serait pas « première ». Elle serait plutôt une maladie « secondaire ». En dehors des Centres Hospitaliers Universitaires, ou des centres spécialisés, elle ne concernerait en définitive que très peu d'établissements hospitaliers. Mais, dans ces établissements où l'obésité a été visibilisée, le modèle hospitalier actuel polarisé sur la rationalité des soins, les progrès scientifiques et la performance médicale autour de plateaux techniques imposants, est bousculé. Dans un contexte d'intensification du travail hospitalier et de changement des modes de financement, la prise en charge de l'obésité impose à ces institutions d'engager une réflexion sur les pratiques professionnelles en s'ouvrant à l'environnement hospitalier. De nouvelles formes de coopération apparaissent avec des acteurs locaux qui assurent aux sujets obèses le maintien des liens sociaux et qui participent à la prévention du développement de la maladie.

Mots clés : Obésité – Politique publique – IMC – Codage – Invisibilité – Dénutrition – Alimentation

Abstract: The challenge of obesity in hospitals - elements of economic sociology on dealing with a chronic disease

Scientific reports indicate that the progression of obesity is irremediable. It represents a considerable health risk for individuals and threatens our health system with collapse. This alarming fact has led the public authorities to tackle the problem head-on. In view of their central position in the care system, hospital is required to organize in order to respond to this veritable healthcare tsunami. The situation of hospital does, however, offer an astonishing contrast. The illness appears to be invisible in the healthcare services. In the field of eating disorders, obesity is not in the foreground. It is a "secondary" disease. Outside university hospitals, or specialized centers, it is only of concern to very few hospitals. In those establishments in which obesity has been given a high profile, though, the current hospital model, focused on rational healthcare, scientific progress and medical performance involving impressive technical platforms, is being shaken up. In a scenario of increased hospital work and of changes in funding mechanisms, dealing with obesity obliges these institutions to reflect on professional practices, opening up to their environment. New forms of cooperation are created with local agents who ensure the maintenance of social connections for obese patients and who help to prevent the disease from developing.

Keywords: Obesity – Public policy – BMI – Coding – Invisibility – Undernutrition – Food