

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année : 2020

n° 218

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

Par Laurent Vaudevire

Né le 13 octobre 1985 à Le Chesnay

Connaissances en sciences sociales sur les
questionnements autour du poids et de la
précarité

Apports d'une revue de littérature

Président de thèse : Professeur Jean Christophe Weber

Co-dirigée par docteur Catherine Jung et docteur Léa Charton

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année : 2020

n° 118

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

Par Laurent Vaudevire

Né le 13 octobre 1985 à Le Chesnay

Connaissances en sciences sociales sur les
questionnements autour du poids et de la
précarité

Apports d'une revue de littérature

Président de thèse : Professeur Jean Christophe Weber

Co-dirigée par docteur Catherine Jung et docteur Léa Charton



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Asseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(3.10.01-7.02.11)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

- M. DENEKEN Michel
- M. SIBILIA Jean
- M. GOICHOT Bernard
- M. DORNER Marc
- M. MANTZ Jean-Marie
- M. VINCENDON Guy
- M. GERLINGER Pierre
- M. LUDES Bertrand
- M. VICENTE Gilbert
- M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.10.90	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Dédicaces et remerciements

Au Professeur Weber :

Merci de tout l'intérêt que vous portez à mon travail et de l'honneur que vous me faites à présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie également pour vos précieux conseils et votre expertise qui m'ont permis d'améliorer ce travail. Recevez l'expression de ma plus profonde reconnaissance

Au Docteur Jung :

Recevez mon immense gratitude pour votre accompagnement et la confiance que vous avez placée en moi pour mener ce travail. Merci de votre calme et de vos précieux conseils lorsque je m'égarais hors des chemins conventionnels. Vos remarques avisées et sans jugement m'ont grandement renforcé dans cette étape importante de ma vie.

Au Docteur Charton :

Merci d'avoir codirigé ce travail et d'en avoir grandement amélioré la teneur par vos remarques judicieuses.

Au Professeur Bonah :

Votre soutien tout au long de la genèse de cette thèse m'a beaucoup apporté. Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre de mon jury de thèse

Au Professeur Berstchy :

Vous avez accepté de siéger à mon jury de thèse et de m'accorder de votre temps. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect

Au Docteur Chambe :

Vous avez accepté de participer à mon jury, recevez l'expression de ma profonde reconnaissance pour votre présence à mes côtés.

A Madame Assailly :

Milles merci d'avoir partagé votre point de vue issu des SHS. Vos remarques et vos relectures attentives qui m'ont permis de perfectionner ce travail.

Au groupe FETOMP :

Merci pour votre enthousiasme et votre énergie. Les bons moments passés à recueillir et coder les consultations avec Priscille notamment. Cette émulation de groupe m'a bien aidé !

A ma petite Mai, qui mériterai des médailles et des statues pour tout son amour et son aide inébranlable depuis 9 ans, mais qui est tellement forte qu'elle n'en a pas besoin pour faire le bien autour d'elle. Puisse cette thèse être la clôture d'une période difficile et l'ouverture d'une nouvelle ère à deux. Sans frustration, organisée et responsable. Et à mes deux tchoukis **Emilie et Lou**, Wisst ihr eigentlich, wie lieb ich euch hab' ?

A mes parents qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour m'inculquer les bonnes valeurs et grâce à qui je n'ai jamais manqué de rien.

A mes frères et sœurs, il y aurait tant à dire sur ma nombreuse fratrie, bouillonnante d'amour et d'entraide qui m'a construit et me soutient tous les jours. Vous comptez beaucoup pour moi, merci Charlotte, Lilix, Chichille et Hugo 😊 !

A Augustin, on ne t'oublie pas petit bonhomme... J'aurai tant voulu que tu sois encore parmi nous, le destin en a voulu autrement et cela reste dur à accepter.

A tous mes amis de médecine et d'ailleurs, notamment Gilles et Benoit toujours au bout du fils si besoin. Laura, Héloïse, Céline et tout le groupe des mulhousiens !

A tous les médecins pédagogues qui m'ont enseigné la médecine avec passion, bienveillance et patience sans compter leur précieux temps pour cela, perpétrant la belle tradition du compagnonnage. Dr Lascols, Kaltenbach, Ruetsch, Pietra et j'en oublie beaucoup...

« On consacre la première moitié de sa vie à se forger un ego solide, et la seconde moitié à s'en débarrasser. » (Carl Gustav Jung)

« Si j'avais été médecin avec diplôme, j'aurais d'abord fait une bonne monographie de l'obésité ; j'aurais ensuite établi mon empire dans ce recoin de la science ; et j'aurais eu le double avantage d'avoir pour malades les gens qui se portent le mieux, et d'être journalièrement assiégé par la plus jolie moitié du genre humain »

Jean-Anthelme Brillat-Savarin, Physiologie du goût, Paris, Hermann, 1975, p. 122-123 [1826].

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

CSP - : Catégories Socio Professionnelles défavorisées (ou populaires)

CSP + : Catégories Socio Professionnelles favorisées (ou riches)

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HTA : HyperTension Artérielle

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle (poids divisé par taille au carré)

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecins Généralistes

MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques

QPV : Quartier Prioritaire de la Ville

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PSE : Position Socioéconomique

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

RS : Représentation(s) Sociale(s)

SD : Sciences Direct (base de données internet)

SHS : Sciences Humaines et Sociales

TABLE DES MATIERES

Glossaire des abréviations	16
Table des matières	17
I. Préambule	20
II. Introduction	20
A. La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme	22
B. l'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »	26
C. L'IMC : un indicateur parfait ?	30
D. L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'Échec socialement situé.	33
E. Le Projet FETOMP (Formation À l'Éducation Thérapeutique À L'obésité En Milieu Précaire).....	36
F. Mon travail en particulier : L'obésité, maladie sociale ? <i>Revue Bibliographique</i>	39
III. Matériel et méthodes	41
A. Évaluation du besoin d'une revue de littérature	41
B. Problématique et question clés de recherche ?	42
C. À l'assaut des sciences sociales. Définition et choix parmi les disciplines.....	43
1. Les disciplines retenues dans cette revue de littérature	43
2. Média de recherche.....	45
3. Articles recherchés – Critères d'inclusion/exclusion.....	46
D. Les bases de données retenues pour notre recherche	48
1. Science direct (http://www.sciencedirect.com)	48
2. Persée (http://www.persee.fr).....	48
3. Erudit (https://www.erudit.org/fr).....	49
4. CAIRN (http://www.cairn.info).....	50
5. HAL-SHS (https://halshs.archives-ouvertes.fr).....	50
6. (Openedition.org / Revues.org).....	51
E. Les bases de données écartées de la recherche :	51
1. Pubmed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) et web of science :	51
2. Google scholar :	52

3.	Pascal et Francis.....	52
F.	Méthode de sélection et compilation des articles.....	52
1.	Mots clés présélectionnés :	52
2.	Mots clés pertinents	53
3.	Récapitulatifs des recherches menées :	54
IV.	Résultats	56
A.	Sélection des articles : diagramme de flux.....	56
B.	Tableau récapitulatif des combinaisons de mots clés fructueuses	57
C.	Tableau des articles sélectionnés.....	58
D.	Caractéristiques principales des articles sélectionnés.....	93
1.	Article de synthèse :	93
2.	Articles scientifiques.....	94
V.	Analyse du contenu des articles	97
A.	Introduction : les concepts clés utilisés par les sciences humaines et sociales dans notre revue	97
1.	Les représentations sociales.....	97
2.	Les différents types de capitaux en sociologie.....	99
3.	Distinction, violence symbolique.....	100
4.	Genre :	101
5.	Citation des articles	101
B.	Le corps en SHS : étude des productions et réceptions des normes sociales corporelles 102	
1.	Le corps idéal fait consensus.	102
2.	La production des normes corporelles	105
3.	La légitimation des normes sociales, quand la justification sanitaire se substitue à la légitimation esthétique.....	107
4.	Étude des profits symboliques et représentations sociales, facteurs d'adhésion ou de résistance aux normes corporelles.	108
5.	Les représentations corporelles selon le genre.....	113
6.	Le corps idéal comme marqueur de classe :	116
7.	Les conséquences sociales du corps gros :	117
C.	L'alimentation en sociologie : nombreux impacts sociaux étudiés	118
1.	Introduction : l'alimentation, un thème central des questionnements en SHS sur l'obésité.....	118
2.	L'impact du modèle alimentaire français	119

3.	L'analyse des représentations alimentaires par catégories sociales.	121
4.	L'alimentation et l'intégration socio-professionnelle	131
5.	L'alimentation est-elle dépendante du genre ?	132
6.	Effet de l'âge sur l'alimentation	139
D.	Apport des SHS sur la compréhension de l'activité physique dans la gestion du poids 140	
1.	La place de l'activité physique dans la gestion du poids.....	140
2.	Les représentations sociales de l'activité physique selon les classes sociales.....	142
3.	Le surpoids et l'obésité : un frein à la pratique de l'activité physique aussi bien pour les médecins que pour les patients.	144
4.	Les sociologues ne s'emparent pas de l'activité physique avec la même intensité que dans leurs études de la nutrition.	146
E.	Apport des SHS sur la gestion du poids par la médecine.....	147
1.	Les représentations du corps médical sur l'obésité	147
2.	Représentations des patients en surpoids sur les médecins	151
3.	Principaux désaccords entre personnes obèses et médecins.....	152
4.	Sur le soutien de l'entourage et de la famille	162
5.	Médecins, médias et relais d'information.....	163
6.	Santé publique, lutte contre l'obésité et inégalités sociales.....	168
VI.	Discussion	177
A.	Synthèse de la qualité des articles	177
1.	Articles littéraires.....	177
2.	Articles scientifiques.....	178
B.	les conclusions du programme fetomp vues sous le prisme des enseignements tirés de notre revue de littérature.....	179
C.	Limites	182
D.	Conclusion	185
VII.	Annexes	190
A.	Tableau des articles par type de production.....	191
1.	Tableau des articles de synthèse (12 articles).....	191
1.	Tableaux des articles scientifiques (28 articles)	192
B.	Bordereau de recherche	194
VIII.	Bibliographie	229
IX.	Abstract	239

I. PREAMBULE

Cette introduction a été rédigée de façon collégiale par tous les étudiants participants au projet FETOMP porté par le Département de Médecine Générale (DMG, Catherine Jung et Léa Charton) et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS, Christian Bonah, Laurène Assailly). Cette introduction est donc commune à tous les travaux de thèse découlant du projet FETOMP et son utilisation dans ce cadre ne saurait constituer un acte de plagiat.

II. INTRODUCTION

Il est 11h, Mme Mehdi descend ses 5 étages sans ascenseur pour aller chercher ses filles à l'école. En rentrant, elle ira faire des courses, comme tous les jours. Trois enfants, ça consomme ! Ce jour-là elle n'a pas trop le moral. Elle a vu le gynécologue plus tôt dans la matinée parce qu'elle a envie d'un quatrième enfant, un garçon, mais pas de grossesse en perspective. Le gynécologue, qui l'a suivie pour ses 3 premières grossesses, lui a dit ce matin qu'elle « *n'était pas désirable et que ça devait être difficile pour son mari d'avoir envie de la sauter* »¹ et puis il a asséné comme un coup de marteau « *si malgré ça vous étiez en cloque un jour, je ne pourrais pas vous suivre. Vu votre poids, il faudrait deux gynécos* »¹.

Il a raison, elle est trop grosse ! Mais ce n'est pas grave, la vie continue. Et voilà d'ailleurs sa fille, Karima 8 ans, qui sort de l'école : « *Maman, maman, Antoine a été méchant avec moi ! Il m'a dit : ta mère est tellement grosse que quand elle met des talons elle trouve du pétrole !* ».

Elle console sa petite, ce n'est pas grave, il faut laisser les imbéciles parler ... Mais dans sa tête

¹ Citations recueillies sur le site de l'association « Gras Politique » (<https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>), qui recueille des témoignages de patients ayant eu à faire à des médecins « grossophobes ».

c'est décidé, elle va perdre du poids !

Mme Mehdi se rend chez son généraliste, il est toujours un peu pressé, mais il est gentil. Quand elle lui explique qu'elle veut perdre du poids, il lui répond qu'il n'y a pas de secret : il faut se mettre au régime et commencer à faire de l'exercice physique.

« Mais docteur, 4 fois par jour je descends et monte 5 étages à pied et je vais jusqu'à l'école de mes enfants puis je fais les courses et après je suis debout toute la journée pour le ménage et la cuisine ... en plus je mange des légumes. Et malgré tout ça je ne perds pas de poids, je ne sais pas quoi faire ». Ce à quoi le médecin répond : *« Évidemment, vous êtes devenue comme ça en respirant de l'air et en suçant les brins d'herbe »*².

Mme Mehdi rentre chez elle, elle était venue avec un problème, elle est repartie avec une injonction au régime et des recommandations qu'elle connaît déjà par cœur ².

Cette journée de Mme Mehdi est l'histoire d'une femme ordinaire face à de la violence ordinaire. Elle n'est pas à plaindre, elle est grosse. Elle l'a un peu mérité ... quand on sait qu'il suffit de « bien » manger pour maigrir, 5 fruits et légumes par jour, tout ça c'est une question de volonté.

Caricaturelle l'histoire de Mme Mehdi ? Bien sûr, les traits sont gros et l'accumulation des remarques grossophobes est choquante, mais les paroles discriminantes ou stigmatisantes sont fréquentes dans la vie des gros et en particulier au sein du système médical. Chez le neurochirurgien ils peuvent entendre *« Oui vous avez une hernie discale, mais ce n'est pas ça qui provoque vos douleurs, c'est plutôt votre poids ! Il n'y a pas besoin de vous opérer, il suffit que vous perdiez du poids et ça ira mieux. Je vais vous adresser chez mon*

² Citations recueillies sur le site de l'association « Gras Politique » (<https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>), qui recueille des témoignages de patients ayant eu à faire à des médecins « grossophobes ».

collègue chirurgien digestif pour un bypass ». Dans les comptes rendus de consultation de cardiologie, il est très fréquemment écrit : « *J'ai encouragé le patient à perdre du poids* ». Ainsi, les paroles ne sont pas toujours crues et insultantes, mais elles restent blessantes en raison de leur banalité et de leur accumulation.

Certains médecins qualifiés de « grossophobes » sont dénoncés nommément, avec leur spécialité et leur lieu d'exercice, sur des sites d'associations de défense « des gros » (Gras Politique par exemple). Certains de ces médecins répondent en laissant des commentaires pour se défendre : « *ce n'était pas dit méchamment, c'était pour faire réagir.* », « *on est quand même censé faire de la prévention* ». Effectivement, lors du socle commun des études médicales il est enseigné que le surpoids et l'obésité sont des maladies qu'il faut soigner et prévenir. En cours on pouvait entendre sous forme de blague : « *la vie c'est comme une boîte de chocolat : elle dure moins longtemps chez les gros !* ».

À travers ces témoignages de patients qui dénoncent la grossophobie et les réactions incrédules des médecins attaqués, on entrevoit déjà un problème de sémantique : il semble exister une incompréhension entre les médecins et leurs patients. Il y a des divergences sur la définition même du surpoids comme « maladie ». Ainsi, la frontière entre prévention, agression et maltraitance est ténue.

A. LA VISION DU POIDS : HISTOIRE D'UN CHANGEMENT DE PARADIGME

L'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) définit actuellement l'obésité d'une part comme « *un facteur de risque de développer des maladies telles que l'hypertension artérielle, les stéato-hépatites non alcooliques, les dyslipidémies ;*

mais aussi des cancers (sein, utérus, foie) » et d'autre part comme une « maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie » (1). La définition elle-même est donc ambivalente : maladie ou simple facteur de risque ? La définition médicale du terme est-elle en concordance avec celle du « grand public » ?

La vision « profane » du poids a évolué au cours de l'histoire, du moyen-âge à la renaissance le corps gros était synonyme de bonne santé et de richesse ; puis, progressivement, il est devenu signe de paresse, de manque d'esprit, de péché moralement condamnable et socialement ridiculisé.

Ainsi, le tableau de Rubens (1620) « La chute des damnés » en est la représentation : les corps dont les chairs sont démesurées, déformant têtes et cous, remplis de boursoufflures, sont les symboles de la paresse des pécheurs et de leur insatiable gourmandise, des péchés qui les conduisent en enfer.

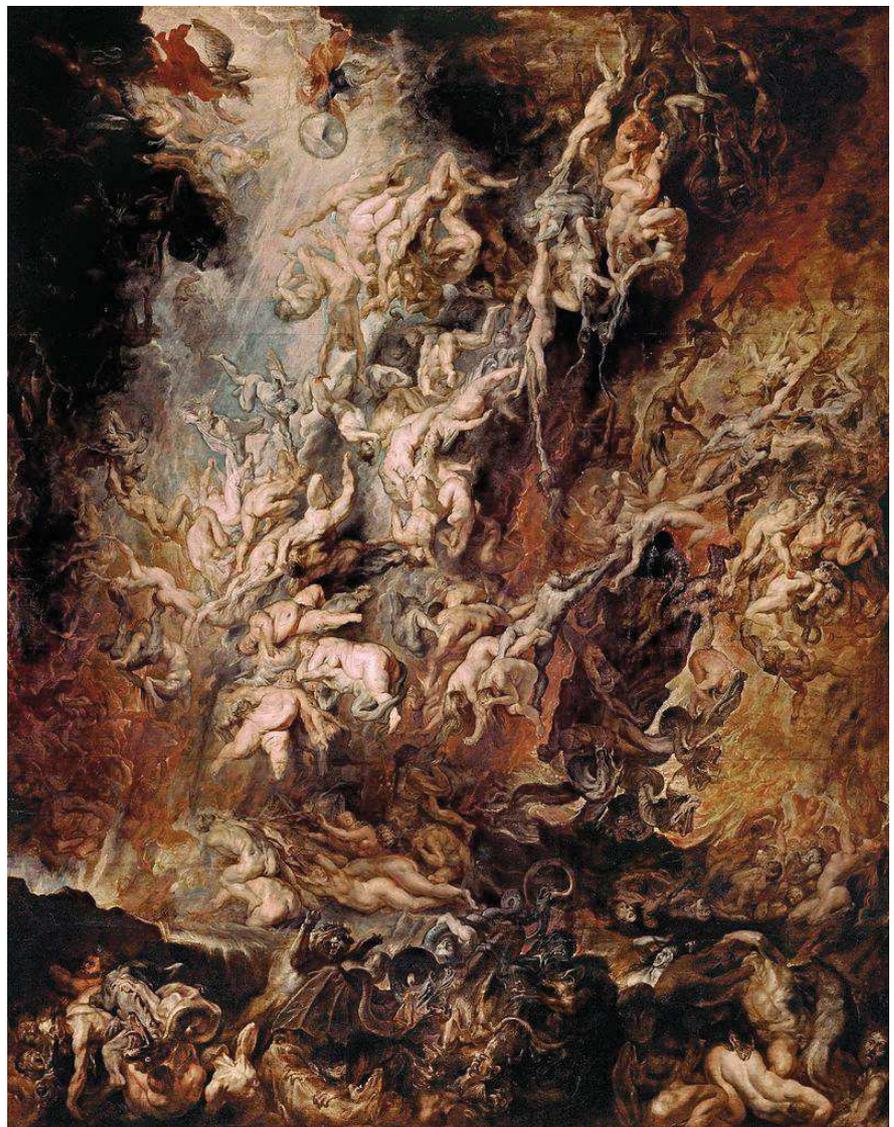


Figure 1 : Tableau de Rubens (1620) : "La chute des damnés"

C'est en 1701 que le terme d'obésité apparaît pour la première fois dans une édition du dictionnaire de Furetière. Elle y est définie comme "un état d'une personne trop chargée de graisse ou de chair", ce terme n'implique donc pas la notion de maladie. Cependant, à partir du moment où un nouvel état corporel est créé, la communauté médicale s'y intéresse et soupçonne rapidement un lien entre obésité et problèmes de santé. Le docteur De La Panouze, par exemple, a publié en 1836 un « *traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre* », il parle dans cet ouvrage de l'obésité (ou la polysarcie) comme d'un « *fléau* » (2). Elle est alors définie comme une maladie qu'il convient de soigner pour éviter des complications : « *la mort subite, l'apoplexie, les maladies du cœur, les lipomes* » (2). Ce médecin vendait déjà au début du 19^e siècle, des « remèdes miracles » pour lutter contre le surpoids.

Le sociologue Claude Fischler décrit le basculement de la vision sociétale du corps gros vers la médicalisation par l'expression : « de l'embonpoint au mal-en-point » (3). Jean-Pierre Poulain situe le point de ce basculement au début du 20^{ème} siècle (1911) : « *Un des points les plus intéressants dans cette étape de la médicalisation de l'obésité est l'opposition entre la valorisation culturelle de l'embonpoint et les conceptions que la médecine commence à promouvoir* » (4).

La vision médicale du poids prend donc progressivement l'ascendant sur la vision culturelle, qui faisait de l'embonpoint quelque chose de valorisé, un signe de « bonne santé ». La véritable médicalisation du poids date – d'après de nombreux articles – au milieu du XX^e siècle. Après la Deuxième Guerre mondiale, dans les pays occidentaux, industrialisés et prospères, des études de cohorte de grande ampleur (type Framingham) sont lancées, certaines d'entre elles financées par des compagnies d'assurance américaines privées (5,6).

Ces études permettent de déterminer, entre autres, les facteurs de risques cardio-vasculaires et c'est en 1983 que l'obésité est reconnue comme un facteur de risque indépendant (7). L'obèse est dès lors accusé de négligence personnelle qu'il conviendra de lui faire payer en augmentant ses cotisations d'assurance maladie.

Suite à ces études on s'aperçoit que grâce à l'évolution de la société (conditions de vie ...) et de la recherche médicale (commercialisation des antibiotiques notamment), les pathologies chroniques prennent le pas sur les maladies aiguës infectieuses comme cause première de mortalité précoce, ce que la santé publique décrit comme une transition épidémiologique. En même temps, la disparition des guerres et des famines dans les pays occidentaux industrialisés post 1945 et l'industrialisation agro-alimentaire établissent une abondance alimentaire sans précédent dans cette aire géopolitique. Paradoxalement, plus l'accès à la nourriture est facilité et plus la mode est à la minceur.

Aujourd'hui, le corps idéal, normal et normé, des pays développés est un corps mince, synonyme de son contrôle, de sa bonne gestion ; comme un aboutissement de la civilisation des mœurs, où la maîtrise de son corps témoigne de la maîtrise de soi et de ses affects (8). Nous vivons ainsi dans des sociétés où les individus sont devenus des autoentrepreneurs d'un soi sanitaire et d'un capital santé. L'obésité incarne alors le manque de contrôle de soi, le stigmate d'une insuffisance morale et d'une incapacité de gestion.

La vision médicale du poids, quant à elle, est devenue normée et chiffrée. Les termes d'« obésité » et de « surpoids », depuis passés dans le langage courant selon une définition souvent moins précise, appartiennent au lexique médical, ils se réfèrent à l'indice de masse corporelle (IMC) dont les seuils fixés, $25\text{kg}/\text{m}^2$ et $30\text{kg}/\text{m}^2$, ont une fonction objectivante.

Ce bref historique du regard sur le surpoids permet de resituer cet objet comme n'allant pas de soi en tant que catégorie médicale. En effet - et nous aborderons plus en détail ces points ensuite - l'obésité apparaît comme un problème dont les conséquences peuvent être médicales, mais dont la genèse est multifactorielle avec une part prédominante des causes psycho-sociales. Ainsi, lorsque l'OMS prend la décision de qualifier l'obésité de « problème majeur de santé publique », elle fait le choix d'une approche individualiste qui donne à chacun une responsabilité envers son poids. Une approche plus politique était envisageable, dans une vision collective du problème, le caractérisant ainsi de problème d'inégalité sociale. La définition de l'obésité comme « maladie » apparaît donc, quand on retrace son histoire, comme le fruit d'une construction sociale négociée qui n'est pas nécessairement diffusée et acceptée dans tous les milieux sociaux ni dans tous les contextes culturels.

B. L'OBESITE « PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE » : UN CHOIX POLITIQUE FAIT AU NOM D'UNE « URGENCE SANITAIRE »

Depuis 1975, le nombre de cas d'obésité a presque triplé. On estime en 2016 que 39 % des adultes sont en surpoids (environ 1,9 milliard d'adultes) et 13 % sont obèses (soit 650 millions). Alertés de cette augmentation exponentielle du phénomène ainsi que des dangers sanitaires en résultant, l'OMS le définit comme relevant de la santé publique en 1997 et évoque le terme d' "épidémie mondiale" (9). La médicalisation du poids est ainsi actée institutionnellement et il revient, de facto, aux acteurs de santé la responsabilité de sa prise en charge.

Depuis le milieu du XXe siècle, de nombreuses études ont exploré et étayé les complications médicales liées à l'obésité. Ces études ont permis de découvrir que la situation d'obésité expose à des comorbidités entre autres : risque accru de pathologies cardiovasculaires et endocriniennes (Diabète non insulino-dépendant, HTA, AVC, infarctus du myocarde, athérosclérose , insuffisance cardiaque...), de cirrhoses non alcooliques, de nombreux cancers (10), de pathologies rhumatismales (gonarthrose, coxarthrose) (11) et de symptômes dépressifs secondaires à la stigmatisation (12).

Selon l'OMS, 2,8 millions de personnes au moins décèdent chaque année de pathologies pour lesquelles l'obésité est reconnue comme facteur de risque. En 2009, une étude américaine portant sur 900 000 personnes retrouve que pour un IMC compris entre 40 et 45 kg/m², la survie médiane est réduite de 8 à 10 ans, des effets comparables à ceux du tabagisme (13). Une méta-analyse de 2016, regroupant 239 études et plus de 10 millions de participants sur 4 continents, montre que la mortalité est la plus basse pour un IMC entre 22,5 et 25kg/m², elle augmente dès le grade de surpoids et atteint un risque relatif de 1,94 pour une obésité de grade 3. Elle montre aussi des variations plus importantes chez les hommes et les personnes jeunes, mais pas de différence selon l'origine géographique. Soulignons que ces mêmes études ont également relevés des situations dans lesquelles l'obésité semble protectrice/ : nommées « paradoxe de l'obésité », elles interpellent les chercheurs et les incitent à poursuivre leurs explorations pour en comprendre les mécanismes.

Dans son rapport de 2012, la HAS place le médecin généraliste comme acteur principal de la prise en charge du surpoids, intervenant de premier recours. Elle recommande : de « *repérer régulièrement le surpoids et l'obésité lors des consultations. Le médecin devra alors peser ses patients à chaque consultation, et en inscrire la taille pour surveiller l'évolution de*

l'IMC. Il devra alors au cours de consultations dédiées et de suivi régulier, réaliser une éducation thérapeutique. Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas. Il faudra chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée. L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle. La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours. Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique, et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme. »

Les politiques de santé publique placent ainsi les médecins généralistes en première ligne d'action, mais finalement, le médecin n'a que peu de moyens pour agir sur des déterminants qui dépassent largement le champ médical. Même en s'en tenant au champ médical, on peut s'interroger sur la pertinence de la formation des étudiants en médecine sur le thème de l'obésité. En effet, il existe un chapitre « Obésité de l'enfant et de l'adulte » en 4e année qui, après avoir développé les obésités secondaires rares (<2%), précise que la majorité des obésités sont « essentielles » et que leur prise en charge repose sur une alimentation hypocalorique, une activité physique régulière et modérée, une psychothérapie de soutien et une prise en charge chirurgicale si nécessaire. Lorsque l'on se place du point de vue sociologique, qui décrit l'obésité comme la résultante complexe d'un grand nombre de facteurs intriqués - sociaux, économiques, psychologiques, culturels, voire culturels, politiques, etc. – cette formation semble seulement effleurer le problème sans armer suffisamment les

médecins pour le combattre. De plus, les médecins qui se spécialisent en nutrition deviennent experts des apports caloriques dans l'alimentation, ce qui contribue souvent à réduire l'obèse à une vision de simple mangeur sans s'intéresser plus aux autres dimensions citées.

Toute cette formation médicale est basée sur une approche réductionniste qui fait de l'obèse la résultante agrégative d'un ensemble réduit d'éléments qui le composent : c'est caricaturalement un mangeur compulsif, sédentaire dépressif. Cette approche omet la complexité et l'intrication des différents facteurs de l'obésité ainsi que les facteurs ne répondant pas à une responsabilité intrinsèque du sujet (environnement, culture ...).

Réduire l'obésité à un problème de santé publique dont le traitement est individuel exclut la part de responsabilité des inégalités sociales dans la genèse du problème.

Sans nier le rôle des médecins, une remise en question des stratégies de prise en charge du poids nous semble donc nécessaire. En particulier dans les milieux précaires où on constate le plus de dissonances entre visions profane et médicale du poids. Cette dissonance porte en particulier sur la définition de « l'obésité-maladie ». Les enjeux de cette définition du surpoids sont particulièrement visibles quand on retrace l'histoire de l'indicateur dédié à sa mesure : l'IMC.

C. L'IMC : UN INDICATEUR PARFAIT ?

Les études scientifiques sur lesquelles repose la justification d'une médicalisation de l'obésité ont été réalisées à partir de mesures normées de l'adiposité. La formule de l'IMC a été imaginée en 1832 par Adolphe Quételet qui cherchait à décrire la relation entre le poids et la taille d'une population adulte, en dehors de toute préoccupation concernant l'obésité et

sa prise en charge (14). Cette formule est restée confidentielle jusqu'au 20^e siècle où les études épidémiologiques de grandes échelles portant sur les conséquences du surpoids et de l'obésité ont débuté. C'est en 1972 qu'une étude portant sur l'évaluation des différents moyens de mesure de l'adiposité a fait de la formule de Quételet le « *gold standard* » et l'a nommé IMC : « indice de masse corporelle » (15). L'usage de l'IMC s'est alors progressivement étendu de l'épidémiologie et des essais cliniques à la pratique médicale courante, comme un outil rapide d'évaluation de la masse adipeuse individuelle des patients.

En 1985, les *National Institutes of Health* (NIH, l'équivalent aux États-Unis de l'INSERM en France) ont déterminé les seuils d'IMC définissant le surpoids et l'obésité dans le but de fixer un indicateur qui permettrait aux médecins de dépister et ainsi de prévenir l'obésité, par le simple pouvoir objectivant d'un seuil chiffré officiel (16).

C'est à partir de 1998 que l'OMS impose l'usage de l'IMC pour « uniformiser » les recherches épidémiologiques à travers le monde. Un rapport de l'OMS explique cependant que : « *La méthode utilisée pour fixer les seuils de l'indice de Quételet est en grande partie arbitraire* » (17). Ils se sont en effet basés sur l'observation d'une courbe (ci-après) mettant en relation la mortalité et l'indice de Quételet.

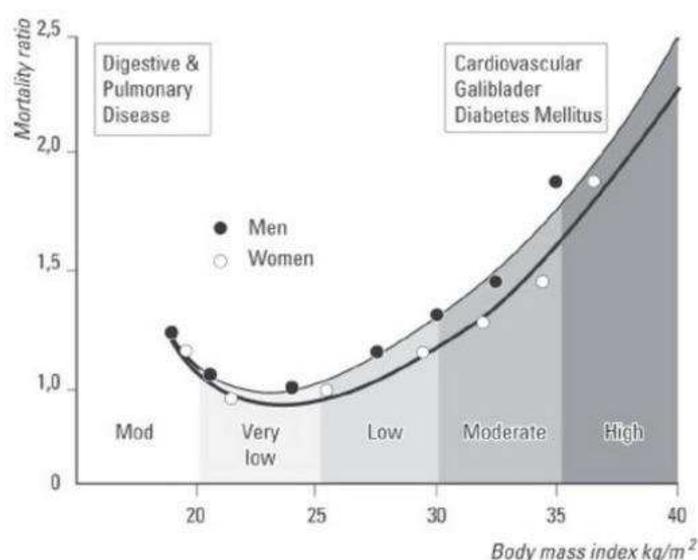


Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (Rapport OMS)

Dans ce même rapport, l’OMS précise que « *le seuil de 30 a été retenu, car il correspond au point d’inflexion de la courbe* », mais explique aussi que « *dans ce domaine, les études sont en général entachées d’un certain nombre d’insuffisances méthodologiques (...) la plupart ayant été réalisées sur des sujets habitant l’Europe occidentale ou les États-Unis d’Amérique* » (17).

Jean-Pierre Poulain explique dans un rapport INSERM sur l’obésité de l’enfant, dans le chapitre « L’IMC, un bon outil de communication pour les chercheurs, mais... », que : « la trop grande diversité des méthodes de mesure de l’obésité [...] constituait le principal obstacle à la réalisation de méta-analyses. Il était donc urgent de promouvoir une méthode unique permettant de faire des comparaisons. Cependant, si le choix récemment réalisé sous l’égide de l’OMS (...) de l’IMC descripteur international de l’obésité, est incontestablement un progrès pour la communication entre les chercheurs, il présente des inconvénients que l’on ne saurait sous-estimer. À l’échelle de la planète, tous les hommes n’ont pas le même type physique. Et, bien qu’en exposé liminaire les spécialistes de l’obésité précisent souvent que l’IMC n’est valide que pour (selon leur expression) les “Caucasiens”, les tendances à la généralisation reprennent vite le dessus et nombreuses sont les études qui l’utilisent avec son échelle d’interprétation pour des populations d’un autre type physique. (...). Il convient donc de bien mesurer les limites de validité de telles données et les conséquences d’un tel choix » (18).

On comprend alors que, si l’IMC a une valeur certaine pour les études épidémiologiques, sa diffusion auprès du grand public est, selon JP Poulain, controversée, puisque l’intérêt de son utilisation au niveau individuel ne semble pas clairement démontré. Cette utilisation pourrait même se révéler plus délétère que bénéfique puisque cet outil est

facile d'accès, mais par le pouvoir objectivant qui lui est attribué il fait basculer le néophyte de personne en bonne santé à obèse morbide en une opération mathématique de division. L'absence d'apprentissage d'un regard critique sur cet indicateur conduit à une construction normative de classes de corpulence, de « normo-pondéral » à « obésité morbide », qui devient une identité sociale, donnant la bénédiction à toute forme de stigmatisations et de discriminations des corps déviants de la norme. Ainsi, dans son livre « *Sociologie de l'obésité* » JP Poulain explique qu'« *en se vulgarisant et en se diffusant dans le corps social, les classes d'indice de masse corporelle tendent à se transformer en normes sociales de corpulences « acceptables », « désirables » ou « déviantes », soutenant ainsi le processus de stigmatisation* » (4).

D. L'ENJEU DE L'OBESITE EN FRANCE : DE LA CONSTRUCTION DES CAMPAGNES DE PREVENTION A UN CONSTAT D'ÉCHEC SOCIALEMENT SITUÉ.

Après cette présentation de l'enjeu global autour de la mesure de l'obésité, "épidémie mondiale" depuis 1997, selon l'OMS (9), qu'en est-il de la situation en France ?

À partir de la fin des années 70, dans l'ensemble des pays développés, obésité et surpoids vont progressivement devenir un problème (de santé) publique. Au contraire, la France semble dans un premier temps particulièrement protégée de cette problématique, à tel point qu'on parlait d'un « paradoxe français », puisqu'on observe une plus faible propension au surpoids dans l'ensemble de la population malgré un investissement culturel fort dans l'art de la cuisine et des repas gastronomiques. Cependant, le phénomène de l'obésité et du surpoids gagne le pays dans les années 1990 et devient même progressivement

un des principaux enjeux de santé publique pour les autorités sanitaires. Actuellement, près de la moitié de la population française est concernée par un excès de poids (recensement Obépi de 2012) (19,20).

La sociologue C. Boubal retrace le processus de la construction de l'obésité comme problème de santé publique en France et dans l'Union européenne (21). La France prend en 2000 la présidence tournante du Conseil de l'Union européenne et doit donc mettre en avant des thèmes phares d'action publique. Dans un contexte où l'OMS commence à alerter sur la question du surpoids et où la crise alimentaire de la "vache folle" a frappé les esprits, l'alimentation semble porteuse et susceptible d'actions vues comme "positives" pour l'UE. La médicalisation internationale de l'obésité fournit un argument pour faire sortir cette question de la sphère privée et la porter au niveau des représentations collectives : c'est désormais un enjeu de santé publique, sur lequel le politique se doit d'intervenir.

L'auteure s'interroge ensuite sur la pertinence de campagnes nationales de préventions qui cherchent à mobiliser la responsabilité individuelle des mangeurs, alors que les déterminants du surpoids révélés par les études sont très majoritairement structurels. Deux ministères sont en charge de la question de l'obésité et de sa prévention à travers les différents Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) qui s'enchaînent depuis 2001 : le ministère de la Santé et celui de l'Agriculture. Pour les responsables politiques, les campagnes de prévention doivent être consensuelles, prévenir sans froisser les acteurs industriels ; elles sont donc soumises à un système de contraintes peu conciliables. Cette action politique est qualifiée par C. Boubal de "*L'art de ne pas gouverner les conduites*". L'objectif fixé pour l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), en charge de développer ces campagnes de prévention, est de « *transformer une norme de prévention en un mode d'épanouissement*

personnel » (21) plutôt que de pointer du doigt des produits agro-alimentaires identifiés comme obésogènes. Cela a abouti entre autres au slogan « *mangez 5 fruits et légumes par jour* » qui a l'avantage d'être un message à la fois positif et qui favorise la consommation, dans l'intérêt de l'industrie agro-alimentaire.

Les sociologues F. Régnier et A. Masullo montrent en outre que ces messages de prévention ne sont pas reçus de la même façon en fonction des classes sociales : les classes supérieures vont s'approprier les normes et les diffuser alors que les « précaires » y sont indifférents (22). Or, on relève un constat épidémiologique majeur : l'obésité est socialement située. Toutes les enquêtes montrent que le taux d'obésité est inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie socio-économique, et ce de manière encore plus marquée chez les femmes (4,23–28). Sur ce sujet, les inégalités sociales de santé s'observent tout particulièrement dans certains quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). La distribution des différentes corpulences dans l'espace social, loin d'être aléatoire ou uniquement héréditaire, est liée aux conditions de vie : ceux qui occupent les positions sociales les plus précaires ont toutes les chances d'avoir un corps plus éloigné du « corps légitime » (22,29). L'écart entre le corps qui « est » et le corps qui « devrait être » augmente à mesure que l'on s'enfonce dans la précarité, en particulier dans les quartiers défavorisés où elle est la norme. L'adhésion à la thèse du surpoids comme problème de santé publique est d'autant plus facile pour l'opinion publique qu'elle conforte les représentations corporelles dominantes, issues des classes bourgeoises et favorisées. Cette valorisation d'un éthos de classe de la minceur peut s'interpréter comme l'instauration, ou le renforcement, d'une violence symbolique corporelle à l'égard des populations pauvres : leur place dans l'espace public est d'autant moins légitime que leur apparence est devenue le témoignage d'une supposée « faute morale », discréditante et discréditée.

Au-delà du fait sanitaire, le problème public de l'obésité ou de la sédentarité est intriqué dans une définition sociale et morale du « bon poids » ou de la bonne apparence physique qui dépasse l'enjeu de la santé. Déroger au poids "normal" dans l'espace public est sujet à discrédit, c'est un stigmat (30) qui justifie un "*empiètement de l'espace personnel*" des personnes grosses de la part d'anonymes normo-pondérés qui ne font pas partie du corps médical, et ne sont donc aucunement dépositaires d'un "devoir de prévention", s'autorisant à les réprimander ou à les "conseiller" sans sollicitation (31). Autant de micro-agressions stigmatisantes qu'on n'observe pas, ou très peu, pour d'autres conduites à risque telle que le tabagisme. Se pose alors la question de la spécificité du surpoids et de l'obésité, de son articulation en tant qu'enjeu sanitaire, moral et de représentation sociale.

E. LE PROJET FETOMP (FORMATION À L'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE À L'OBESITE EN MILIEU PRECAIRE)

Le poids, le rapport au corps, l'obésité sont des sujets abondamment traités en sociologie. En revanche, en médecine, les études restent centrées sur les conséquences biomédicales de l'obésité ; les médecins se sentent investis d'un rôle prévention « à tout prix » : responsabiliser le patient pour qu'il soit « acteur de sa propre santé »(32). Ainsi, il nous semblait indispensable de réaliser des travaux en médecine avec l'appui et l'expertise des sciences sociales.

Notre projet de recherche-action propose d'interroger les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité et le rapport au poids des patients adultes vivant en milieu précaire

dans un quartier prioritaire de la ville (QPV), à travers des observations de consultation de médecine générale en QPV, mais aussi d'entretiens et de focus group.

Les QPV sont des zones considérées comme les plus en difficulté selon la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21/02/2014 (33). En France, 4.8 millions de personnes y vivent. Ils sont caractérisés par le faible revenu médian de leurs habitants et cristallisent de nombreuses fragilités : la pauvreté monétaire, mais aussi les difficultés d'insertion sur le marché du travail, le faible niveau de formation et de qualification, l'échec et le retard scolaire. Les familles nombreuses, monoparentales, et les étrangers y sont surreprésentés. La proportion de logements sociaux y est plus importante que sur le reste du territoire. Les populations en leur sein sont cependant très hétérogènes ; les critères de précarité coexistent, mais ne sont pas partagés par tous ni de la même façon (34).

L'Eurométropole de Strasbourg compte 18 QPV représentant plus de 77 000 habitants répartis sur cinq communes, soit plus de 16% de la population de l'agglomération. Au sein de la ville de Strasbourg elle-même, on en dénombre onze : Neuhof-Meinau, Elsau, Murhof, Molkenbronn, Laiterie, Koenigshoffen Est, Hohberg, HautePierre, Cronembourg, Cité de l'III, Spach, Port du Rhin et Ampère (35).

En 2016, le Département de médecine générale (DMG, Catherine Jung et Léa Charton) et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS, Christian Bonah, Laurène Assailly) ont répondu à un appel d'offres de l'ARS et de l'Eurométropole de Strasbourg par un projet de recherche « Recherche action sur l'obésité dans les QPV : évaluer les actions publiques et agir ensemble. Éducation thérapeutique et prévention par l'activité physique » dont l'objectif consistait à concevoir une série de travaux individuels, mais concertés qui

devaient engager des étudiants en médecine à un travail d'enquête original et de terrain dans les QPVs de Strasbourg pour produire des travaux de thèse cohérents et complémentaires.

Ce travail propose de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du (sur)poids à la dimension évidente des habitudes alimentaires ou de l'activité physique et sportive ; mais de traiter ces deux dimensions comme des éléments d'un système global de pratiques et de croyances qui s'auto-alimentent et définissent le style de vie d'un groupe.

Au-delà des seules conditions socio-économiques d'existence, les goûts sociaux et culturels contribuent à façonner le corps physique et le rapport à l'activité physique. Nous privilégions ainsi une approche relationnelle du (sur)poids, mais également du rapport au corps qui se manifeste dans le soin, l'entretien du corps, l'alimentation, l'activité physique, la transmission familiale des « habitudes » alimentaires. Basé sur des enquêtes empiriques de terrain il s'agit d'élaborer une analyse qualitative de la manière dont les patients en situation précaire vivent leur poids. Puis, à partir des résultats de cet inventaire de terrain d'élaborer de nouvelles stratégies éducatives « d'agir ensemble » pour une éventuelle prise en charge de leur poids avec les professionnels en santé et de former le cas échéant certains patients précaires des QPV pour devenir des patients-partenaires de l'éducation et du soin.

Le programme FETOMP comprend 3 groupes de thèses en MG. Ils s'articulent comme suit :

- Le 1er bloc consiste en des revues bibliographiques, il est composé du présent travail et de la thèse de M. Burger. Les 2 autres groupes utilisent les bibliographies constituées par ces travaux.
- Le bloc « FETOMP 1 » a pris pour terrain d'observation des consultations de MG des QPV de Strasbourg. 3 thèses quantitatives et 3 thèses qualitatives analysent les places

respectives du (sur)poids et de la précarité en médecine générale, ainsi que les interactions entre ces deux thèmes. L'observation directe est complétée pour les thèses qualitatives de rappels téléphoniques de patients afin de dépasser le seul cadre du cabinet médical. Elles étudient ce qui en pratique peut expliquer l'échec mis en avant par les autorités sanitaires à endiguer l'« épidémie » d'obésité.

- Le bloc « FETOMP 2 » s'éloigne du cadre de la consultation médicale, puisque celui-ci se révèle inadapté à agir sur les problématiques de surpoids. Ces 5 thèses qualitatives ont pour terrain principal le QPV du Neuhof et utilisent plusieurs techniques qualitatives (entretien, focus group, observation participative...). La focale est de déterminer la place du surpoids chez les personnes précaires, non plus aux yeux du médecin. Revenant à l'objectif initial : comment favoriser la santé des plus précaires ? Le rapport entre santé et poids lui-même est interrogé et remis en cause : il est secondaire à de nombreuses autres contraintes matérielles en tant que déterminant de santé. De plus, ce poids jugé médicalement - et surtout moralement- comme anormal et à combattre est pris dans des histoires individuelles et sociales qui ne sont pas du seul ressort du médecin généraliste, pourtant désigné volontaire au contrôle pondéral.

F. MON TRAVAIL EN PARTICULIER : L'OBESITE, MALADIE SOCIALE ? REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'introduction commune ci-dessus a été rédigée en 2020 à la lumière de ce qui a été découvert et analysé dans FETOMP 1 et surtout FETOMP 2 : la violence sociale sur le terrain. La composante médicale n'est souvent qu'anecdotique dans les parcours pondéraux des patients

précaires, mais susceptible d'ajouter une couche de violence et/ou de culpabilisation par son approche inefficace et surplombante.

C'est le cheminement intellectuel parcouru au fur et à mesure des différents travaux qui explique le décalage de ton entre cette introduction - après confrontation à la réalité sociale et matérielle parfois brutale du terrain - et le présent travail qui part des interrogations médicales pour chercher des pistes dans la littérature des SHS face au constat d'échec de la prise en charge médicale de l'obésité. Le terrain d'observation des QPV a ajouté une dimension de réalité et de violence sociales indéniables qui ne se retrouvent pas dans la littérature étudiée pour mon travail en particulier.

Le choix d'adopter l'introduction commune est le résultat d'une volonté de cohérence au sein du programme de recherche FETOMP : les 13 thèses / projets de thèses de médecine générale doivent être regardées comme un tout. Les limites des unes sont éclairées par l'angle de vue complémentaire des autres... et réciproquement.

Notre travail de thèse bibliographique vient dans le prolongement de la thèse de Matthieu Burger (36) sur la connaissance des patients adultes obèses par les médecins généraliste. Ce premier travail mettait en évidence que les médecins généralistes (**MG**) se sentent tenus de prendre en charge leurs patients obèses, mais qu'ils butent sur plusieurs éléments, notamment la sensation de ne pas avoir prise sur les comportements « individuels et culturels » des patients, ce qui les sort de leur zone traditionnelle d'intervention technique et scientifique. Suite à cette conclusion, nous avons jugé pertinent d'établir une revue de la littérature portant, non plus sur les médecins et d'après la littérature médicale, mais sur les sciences sociales et leurs analyses de l'obésité. Ce travail initie l'ouverture du groupe d'internes en médecine vers la réflexion extra-médicale sur la question du surpoids en

population précaire. Elle est le premier pas d'une réflexion, encore très proche des préoccupations médicales, dont la problématique pouvait se formuler ainsi : « Quelle prise en charge pour le surpoids en milieu précaire ? » ; et pas encore « La perte de poids est-elle une préoccupation légitime pour les médecins ? » voir « La perte de poids est-elle une préoccupation légitime ? », notre point d'arrivée. Il convient cependant de ne pas reprocher à cette thèse, nécessaire à l'avancée de la réflexion collective de FETOMP vers son point actuel, de n'englober qu'imparfaitement des résultats ultérieurs qui n'ont été possibles que via le préalable qu'elle constitue.

C'est en soulevant l'existence d'une littérature de SHS que nous avons collectivement et pas à pas pu construire une analyse qui dépasse la seule dimension médicale. Elle est un préalable à nos conclusions en tant que programme de recherche qui s'énonce comme suit : le problème du surpoids en milieu précaire n'est médical que dans ses conséquences, pas dans ses causes. Il est le résultat d'un contexte social et politique complexe sur lequel le médecin n'a pas prise en tant que soignant. Pourtant, les autorités sanitaires responsabilisent les praticiens sur ce sujet, d'où le sentiment d'impuissance qui entraîne une volonté d'agir coûte que coûte. En résultent des approches au mieux inefficaces, souvent culpabilisantes, au pire discriminatoires et délétères.

III. MATERIEL ET METHODES

« Compte tenu de l'ampleur du problème de santé publique qu'est l'obésité, -probablement une des plus grandes épreuves de modestie scientifique qu'ait à affronter la communauté médicale-, il ne peut y avoir d'ambition à l'exhaustivité, pas même programmatique »

J.P. Poulain, sociologue étudiant l'obésité

A. ÉVALUATION DU BESOIN D'UNE REVUE DE LITTÉRATURE

Pour vérifier qu'aucun travail similaire n'existait, une recherche axée sur les revues de littérature fut menée début 2018 sur les bases de données. En premier sur Pubmed grâce aux algorithmes de recherche suivants :

En premier (("obesity"[MeSH] AND "social sciences"[MeSH]) OR "sociology"[MeSH]) AND "general practitioners"[MeSH].

Cette recherche a produit 828 résultats dont aucun n'était pertinent parmi les 50 premiers.

En deuxième un algorithme plus simple centré sur les revues de littérature (("obesity"[MeSH] AND "social sciences"[MeSH]) OR "sociology"[MeSH]) AND Review[ptyp]

Cette recherche a produit 101554 résultats dont aucun n'était pertinent parmi les 100 premiers.

Puis la même recherche fut menée sur SciencesDirect avec les mots clés : obésité AND sociologie AND médical avec un filtre par revue de littérature uniquement. Cela ne rapportait qu'une revue, non pertinente.

Une dernière recherche sur le site thèses.fr avec l'algorithme "Obésité" + sciences sociales + méd* » ne rapportait pas non plus de thèses pertinentes. Cette recherche est donc justifiée.

B. PROBLEMATIQUE ET QUESTION CLES DE RECHERCHE ?

Nous souhaitons caractériser les connaissances des sciences humaines et sociales sur les personnes obèses ou en surpoids et l'impact de la précarité sur la constitution de celle-ci.

Notre question principale s'énonce ainsi : « **quelles questions se posent les sciences humaines et sociales quand elles étudient les sujets du poids et de la précarité ?** »

Dans un premier temps, dans une approche très similaire à l'épidémiologie, mais compilant des sources issues des sciences sociales nous souhaitons comprendre quels « facteurs de risque » sont identifiés en sciences sociales comme favorisant le surpoids et l'obésité (impact du statut socio-économique, impact du genre, impact du milieu professionnel, impact de l'éducation, etc.).

Ensuite, nous devons en affiner les différentes composantes : selon la médecine, la réponse à l'obésité pathologique passe principalement par la nutrition et l'activité physique. Ces deux aspects sont-ils aussi importants pour les sciences humaines et sociales ? Explorent-elles d'autres pistes ?

Les questions « intermédiaires » de notre recherche sont donc :

1. Quels sont les facteurs d'analyse socialement pertinents chez les individus en surpoids selon les SHS ?
2. Quels effets d'une forte corpulence et de la précarité les SHS attribuent-elles à notre société ? Quelle analyse en font-elles ?
3. Les SHS s'intéressent-elles à l'alimentation, à l'activité physique et aux messages de santé publique ?
4. Comment les SHS voient-elles l'interaction de la médecine générale avec les patients obèses et en surpoids ?

C. À L'ASSAUT DES SCIENCES SOCIALES. DEFINITION ET CHOIX PARMIS LES DISCIPLINES.

1. Les disciplines retenues dans cette revue de littérature

Les sciences sociales sont un ensemble de disciplines ayant pour objet d'étude la société.

L'université les désigne en France comme « sciences humaines et sociales » (**SHS**) et la subdivise en 6 branches :

- L'étude des marchés et organisations : économie, finances et management
- L'étude des normes, institutions et comportements sociaux : la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie, le droit, la démographie, la communication et la science politique

- L'étude de l'espace, de l'environnement et des sociétés : la géographie, les études environnementales, l'aménagement du territoire
- L'étude de l'esprit humain, du langage et de l'éducation : la psychologie, les sciences du langage, les sciences cognitives, les sciences de l'éducation et les STAPS
- L'étude des langues, textes, arts et cultures : sciences des langues, de la littérature, des arts, des religions, la philosophie et l'histoire des idées
- L'étude des mondes anciens et contemporains : l'histoire, la préhistoire, l'histoire de l'art et l'archéologie

Pour cette revue de littérature, nous avons retenu seulement la sociologie et l'ethno-anthropologie. La sociologie, car elle traite l'obésité en se centrant sur l'humain et l'influence de la société sur ses comportements. En décryptant cela, elle donne aux médecins des explications sur les facteurs culturels qui semblent souvent leur échapper pour la prise en charge des obèses.

L'anthropologie et l'ethnologie furent retenues, car elles sont très proches de la sociologie et adoptent une attitude complémentaire en mélangeant des considérations physiologiques et anatomiques. En partant de l'analyse des comportements humains par petits groupes elles en recherchent les règles sociétales à l'échelle macroscopique.

L'histoire, la philosophie et l'étude des arts furent écartées, car ces disciplines nous semblaient trop éloignées des considérations pratiques de la médecine et peu pertinentes dans cette thématique. Ensuite, la psychologie et l'économie ne furent pas retenues : la psychologie, car elle est trop proche de la médecine et déjà très impliquée dans la prise en charge de l'obésité. Ce vaste sujet nécessiterait qu'on y consacre une autre thèse entière. Les

sciences économiques, car elles s'adressent principalement aux gouvernants via les politiques de santé publique et n'ont que peu de recommandations qui seront utiles à des médecins généralistes.

2. Média de recherche

Les sciences sociales ont des médias de diffusions très diversifiés : thèses, revues, articles, colloques et livres. Nous voulons dans cette thèse apporter rapidement à des néophytes, médecins ou non, leurs paradigmes par un travail de vulgarisation. Nous avons préféré les publications les plus abordables qui permettent une référence directe. Pour cela nous avons écarté d'emblée les livres et les thèses produits dans la discipline et avons collecté des articles de revues scientifiques. Le média le plus adapté était donc internet et ses bases de données facilement accessibles. Pour les lecteurs les plus intéressés, nous recommandons néanmoins la lecture des livres suivant :

- Jean Pierre Poulain « Sociologie de l'obésité » (PUF, 2009,368p.) et « Sociologies de l'alimentation » (PUF, 2017, 320p.).
- Faustine Régnier, Anne Lhuissier et Séverine Gojard « Sociologie de l'alimentation » (La découverte, 2009, 128p.).
- Claude Fischler « L'omnivore » (Odile Jacob, 1990, 448p) et avec Estelle Masson « Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation » (Odile Jacob, 2008, 336p.).

3. Articles recherchés – Critères d'inclusion/exclusion

Les productions des sciences sociales sont hétérogènes et se composent d'études statistiques quantitatives proches des « sciences dures » autant que d'études qualitatives par analyses d'entretiens en petits groupes, dits « *focus group* » ou solitaire. Enfin, il est produit beaucoup de dissertations en sciences sociales qui résument les travaux récents, les courants de pensée de diverses écoles et s'appuient sur les productions expérimentales d'autres auteurs pour avancer des hypothèses et créer de nouveaux paradigmes.

Pour rester fidèles à nos questions de recherche et balayer au mieux l'état des connaissances de l'obésité en sciences sociales nous avons inclus dans notre bibliographie ces **trois types d'articles : quantitatifs / qualitatifs et de synthèse** (dissertations).

Les **critères d'inclusions** furent :

- a. Relatifs à l'objet décrit : pas uniquement l'obésité mais plus largement le poids et la précarité. Pertinence du sujet vis-à-vis de la question principale et des questions intermédiaires de recherche.
- b. Relatifs aux auteurs : ayant au moins un auteur issu des sciences sociales retenues au paragraphe II/ A/ 1).
- c. Relatifs à la population étudiée : population adulte uniquement ou mélangeant des adultes et enfants.
- d. Relatifs à la langue de publication : français uniquement.
- e. Relatifs à la date de publication : entre janvier 2000 et février 2018.

- f. Relatifs à la population étudiée : population française avec comparaison possible avec d'autres pays occidentaux aux problématiques sociales comparables.

Les **critères d'exclusion** furent :

- a. Articles non pertinents par rapport à la question principale de recherche ou des questions intermédiaires.
- b. Articles rédigés par des médecins uniquement ou d'auteurs non issus des SHS
- c. Articles portant sur des populations pédiatriques uniquement.
- d. Articles publiés en langue étrangère.
- e. Articles publiés avant janvier 2000.
- f. Problématique de la population étudiée non comparable avec les problématiques de la population française précaire.

D. LES BASES DE DONNEES RETENUES POUR NOTRE RECHERCHE

1. Science direct (<http://www.sciencedirect.com>)

La base de données de l'éditeur Elsevier est une référence pour les sciences sociales comme pour la médecine, car elle regroupe des revues internationales prestigieuses parmi lesquelles 387 revues sont consacrées exclusivement aux sciences sociales. Cette base de données propose un moteur de recherche efficace et intuitif qui prend en compte les opérateurs booléens, permet des filtres efficaces notamment par discipline et type d'ouvrage

(publication, revue de littérature, etc.) que nous avons eu plaisir à explorer. L'argument de poids restant la qualité de ses revues, dont le prestige assure une bonne qualité des publications et donc pour nous l'assurance de sélectionner des auteurs qui font référence en sciences sociales. Enfin, l'accès par le centre de documentation de l'université de Strasbourg est possible et permet de télécharger légalement les articles des revues auxquelles l'université est abonnée.

2. Persée (<http://www.persee.fr>)

La base Persée est intéressante à plusieurs niveaux :

C'est une base de données issue des efforts conjugués de laboratoires de recherche français : l'ENS de Lyon, le CNRS, l'Université de Lyon et qui bénéficie du soutien du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Elle regroupe donc des données centrées sur les sciences sociales et qui intéressent la gestion de l'obésité dans des pays francophones.

Les articles sont en libre accès. Cela permet de varier les sources, car les articles en libre accès sont aussi une part importante des publications en SHS. En effet au vu du public restreint et donc du faible nombre de revues à comité de lecture dans ces domaines, très contraints par le manque de moyen financier, des auteurs renommés et rigoureux des SHS utilisent aussi ces canaux de publication pour diffuser leurs recherches. Cela leur permet aussi une plus grande liberté dans les choix des thèmes abordés.

Mais Persée a pour désavantage un moteur de recherche qui s'est avéré moins facile à utiliser. Ce moteur extrait les mots recherchés directement dans le corps de texte des articles et non des titres ou mots clés. Cela rapporte donc beaucoup plus d'articles à chaque recherche. Articles qui sont ensuite difficiles à trier. En effet les opérateurs booléens sont utilisables mais le tri par disciplines et par types d'ouvrage (articles, livre, revue de littérature) était impossible au moment de notre recherche (début 2018).

3. Erudit (<https://www.erudit.org/fr>)

Cette base de données canadiennes, francophone, est dédiée aux sciences sociales et propose des articles en libre accès. Elle est incluse dans la base de données Persée.

Elle fut néanmoins explorée, car son moteur de recherche propre est beaucoup plus précis, les données mieux filtrables et cela a permis de sortir de la masse des données pléthorique de Persée. Nous n'y avons pas trouvé beaucoup d'articles, mais ceux retenus sont très pertinents et ont permis un accès à la littérature francophone québécoise. Celle-ci est très influencée par les auteurs français, mais aussi anglo-saxons ce qui permet une approche de la sociologie de l'obésité des USA qui est intéressante.

4. CAIRN (<http://www.cairn.info>)

Cette base de données en sciences humaines est une référence, car elle regroupe les fonds des quatre maisons d'édition (Belin, De Boeck, La Découverte et Erès) ayant en charge

la publication et la diffusion de revues de sciences humaines et sociales associées à la Bibliothèque nationale de France, le Centre national du livre et à l'université de Liège. Associé à un moteur de recherche efficace via la recherche avancée et acceptant les opérateurs booléens, cela nous a permis de sélectionner de bons articles.

5. HAL-SHS (<https://halshs.archives-ouvertes.fr>)

HAL est une base de données qui compile des articles de recherche déposés par leurs auteurs et disponibles en libre accès. La base est divisée en plusieurs catégories. Seule sa composante HAL-SHS qui comprend exclusivement des ouvrages portant sur les sciences humaines et sociales fut incluse dans nos recherches.

Le moteur de recherche est satisfaisant, car les champs de recherches sont multicritères (recherche dans les titres, mots clefs, etc..) et il accepte les opérateurs booléens.

La seule limitation vient du nombre d'articles déposés qui reste relativement faible par rapport aux autres bases explorées : 184 954 documents en texte intégral sur HAL-SHS en octobre 2019.

6. (Openedition.org / Revues.org)

Cette base de données, tournée exclusivement vers les sciences humaines et sociales regroupe en un moteur de recherche plusieurs entités. Pour nos recherches, nous avons utilisé uniquement la sous-partie de la base « OpenEdition journals », car elle regroupe le type

d'article qui nous intéresse soit les articles de revues. Malheureusement, cette base de données basée sur le libre accès possède un catalogue très restreint et n'a pas permis de trouver le moindre article répondant à nos critères de recherche

E. LES BASES DE DONNEES ECARTEES DE LA RECHERCHE :

1. Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) et web of science :

Nous avons choisi d'emblée d'écarter les bases de données Pubmed central / Cochrane et web of science de nos recherches, car nous voulions des données issues des sciences sociales et non « contaminées » par une vision médicale. D'autant plus que la thèse de Matthieu Burger a déjà puisé dans ces bases de données.

2. Google scholar :

Car cette base trop vaste et pas assez spécifique, avec des articles en provenance d'autres milieux que les milieux scientifiques universitaires.

3. Pascal et Francis

C'est une base de données issue de la fusion de Bib CNRS et Inist.fr (INSERM), elle fut aussi écartée, car c'est une base de données de références bibliographique uniquement et car elle est trop ancienne (s'étendant sur la période 1972-2015) et n'est donc plus alimentée en articles récents

F. METHODE DE SELECTION ET COMPILATION DES ARTICLES

1. Mots clés présélectionnés :

Devant l'hétérogénéité des modes de fonctionnement des moteurs de recherche de chaque base de données les conservant une méthode stricte par l'application répétée d'un algorithme précis sur toutes les bases de données n'a pas pu être employée.

Néanmoins après élaboration des questions de recherche et lecture de différents livres sur l'obésité en sciences sociales nous avons créé une liste des mots clés regroupés par thème :

- Obésité / Surpoids / Corpulence / gros
- Sociologie / SHS / sciences sociales
- Précarité / inégalités de santé / inégalités sociales / pauvreté / bas niveau socio-économique
- Représentations sociales / trajectoires sociales
- Activité physique / activité sportive / dépense énergétique
- Régime alimentaire / alimentation / nutrition
- Médecin* (médecine/médecin) / Médecine générale / Soignants / médicalisation
- Stigmatisation / Grossophobie / biais anti gros / gastrolastress
- Vécu / Entretiens / histoire de vie / verbatim

Ces mots clés ont été testés selon différentes combinaisons propres à chaque base de données pour en vérifier la pertinence. Si une combinaison de mots clés ne donnait pas de résultats ou

donnait plus de 400 entrées sur plusieurs bases sans pertinence dans les 30 premiers articles, celle-ci était abandonnée.

2. Mots clés pertinents

Les mots clés utilisés qui s'avèrent rétrospectivement **très pertinents** (aboutissant à plus de 5 articles retenus) furent (par ordre alphabétique) : inégalités sociales, médical*, obésité, représentations sociales et sociologie.

Les mots clés utilisés qui s'avèrent rétrospectivement **moyennement pertinents** (aboutissant à de 1 à 5 articles retenus) furent (par ordre alphabétique): activité physique, bas niveau socio-économique, corpulence, gros, médicalisation, précarité, régime, stigmatisation, surpoids et vécu.

Les mots clés utilisés qui ne s'avèrent **pas pertinents** (n'aboutissant à aucun article retenu) même combinés de différentes façons avec poids, surpoids, obésité, sociologie ou sciences sociales) furent (par ordre alphabétique) : alimentation, biais anti gros, causes sociales, dépense énergétique, entretiens, grossophobie, gastrolastress, histoire de vie, inégalité de santé, médecin, nutrition, pauvreté, santé publique, soignants, sport, régime alimentaire, relations sociales, sciences sociales, SHS, trajectoires sociales et verbatim.

3. Récapitulatifs des recherches menées :

Au total, **70 recherches** furent menées sur ces 6 bases de données entre novembre 2017 et février 2018. (28 sur Sciences Direct ; 14 sur Persée ; 10 sur CAIRN, 9 sur HAL-shs ; 5 sur Erudit ; 4 sur openeditons)

- 42 furent non pertinentes, car n'ayant abouti à aucune sélection d'articles
- 27 aboutirent à la pré-sélection d'un ou plusieurs articles.
- 25 893 résultats furent générés par ces recherches, dont 2628 résultats par les recherches jugées pertinentes
- 227 résumés (ou survol de l'article si le résumé n'était pas disponible) furent lus
- 109 articles furent lus intégralement ou en partie

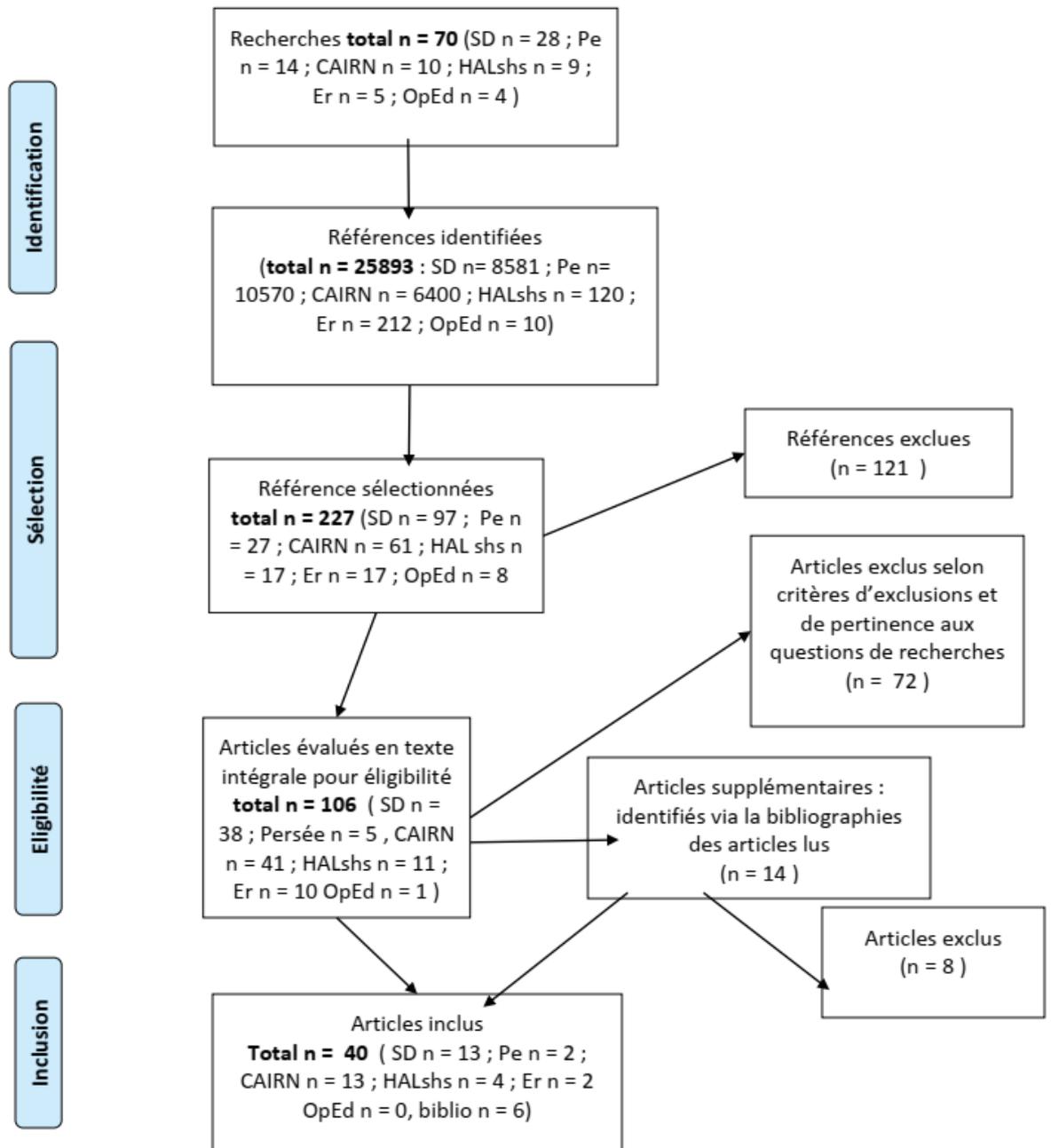
Chaque recherche était méthodiquement consignée dans un bordereau de recherche, sous format tableur Excel qui comprenait les entrées suivantes : base de données interrogée ; équation de recherche utilisée ; nombres de résultats générés ; pertinence subjective lors du survol des 30 premiers titres. Nombres de résumés lus. Nombres d'articles lus. Puis sur une colonne les références des articles lus, s'il était retenu oui/non, un bref résumé de cet article et enfin si des articles issus de sa bibliographie avaient été lus.

Puis les articles retenus sont référencés et classés par la suite dans un autre tableur Excel selon leurs thèmes et archivés grâce au logiciel ZOTERO

Le bordereau de recherche et le récapitulatif des articles sélectionnés sont consultables en annexe

IV. RESULTATS

A. SELECTION DES ARTICLES : DIAGRAMME DE FLUX



SD : Science Direct ; Pe = Persée ; Er = érudit ; OpEd = openedition

B. TABLEAU RECAPITULATIF DES COMBINAISONS DE MOTS CLES FRUCTUEUSES

Voici un tableau qui récapitule rétrospectivement les recherches fructueuses selon l'algorithme de recherche employé et les bases de recherche. Il permet d'identifier les mots clés et leurs combinaisons pertinentes.

	Bases de données / nb d'articles sélectionnés	Sciences Direct	Persée	CAIRN	HAL shs	Erudit	Openedition.org	Total d'article sélectionnés par la recherche
Algorithme de recherche employé								
Obésité (OR Gros OR corpulence) AND sociologie	4	1	0	1	2	0	8	
Obésité	0	0	2	3	0	0	5	
Obésité AND médical*	0	0	5	0	0	0	5	
Gros AND vécu AND représentations sociales	4	0	0	0	0	0	4	
Obésité (OR Gros OR corpulence) AND sociologie AND précarité	0	0	3	0	0	0	3	
Obésité (OR Gros OR corpulence) AND précarité	2	1	0	0	0	0	3	
Obésité (OR Gros OR corpulence) AND inégalité sociales	2	0	1	0	0	0	3	
Obésité AND vécu AND représentations sociales	0	0	2	0	0	0	2	
Obésité (OR gros OR surpoids OR corpulence) AND verbatim OR entretien	1	0	0	0	0	0	1	
Articles sélectionnés via la bibliographie d'autres articles	6			Total via recherches	34		Total recherche + bibliographie	40

C. TABLEAU DES ARTICLES SELECTIONNES

N° attribué	Auteur(s)	Titre	Revue
Description de l'article			Méthodologie
1	Nicole Darmon, Gabrielle Carlin	Alimentation et inégalités sociales de santé en France	Cahiers de nutrition et de diététique (2013) 48, 233—239
<p>Dresse un état des lieux des disparités sociales en matière d'alimentation et pose des hypothèses pour les expliquer. La relation entre bonne alimentation et bonne PSE (position socio-économique) est forte chez l'adulte et moins évidente chez l'enfant. Un faible revenu est associé à la consommation d'une alimentation de moindre qualité nutritionnelle, en moyenne plus dense en énergie et moins riche en nutriments, du fait notamment d'une moindre consommation de fruits, de légumes et de poisson et d'une consommation plus importante de féculents raffinés et de boissons sucrées. Les hypothèses sont : - la barrière économique qui empêche les PSE faibles d'acheter de quoi produire une bonne alimentation - les barrières liées à l'environnement physique (proximité de commerce, de lieux d'activité physique, etc.) et des barrières psychosociales (l'isolement et la déstructuration sociale,</p>			<p>Article de synthèse, de <i>vulgarisation sociologique</i> à l'attention d'une revue médicale. Il est appuyé sur des études statistiques nationale (santé enfant DRESS 2005-2006, ANSES 2012, ENNS 2010, consommation INSEE 2009 etc...) et de nombreux articles scientifiques francophones et anglophones (49 entrées bibliographiques au total)</p>

une moindre importance accordée à la santé, un niveau d'éducation moindre et des informations nutritionnelles peu comprises ou perçues négativement, un manque d'estime de soi et de projections dans l'avenir, une plus forte exposition (notamment à travers le temps passé devant la télévision) et une plus grande sensibilité à la publicité). L'article rappelle que les campagnes de santé publique peuvent aggraver les inégalités sociales de santé.

L'action publique doit donc être participatives et multi-partenariales en agissant sur de multiples déterminants et en tenant compte de la spécificité de chaque territoire pour réussir

2	Faustine Régnier	Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis	Cah. Nutr. Diét., 41, 2, 2006
<p>Article qui compare entre France et USA l'accroissement de l'obésité ces 30 dernières années. Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En France l'obésité augmente moins vite qu'aux USA, touche davantage les CSP – et l'écart avec les CPS + s'accroît. Pour autant, le niveau de diplôme protège plus de l'obésité que le niveau de revenus. Les femmes sont les plus touchées par la relation obésité et précarité. 			<p>Méthode quantitative par l'exploitation de six grandes enquêtes représentatives de la population : pour la France, les enquêtes Santé et soins médicaux de l'INSEE de 1970 (n = 14 842)</p>

<p>- Aux USA : l'obésité s'accroît plus fortement dans les catégories supérieures après avoir touché surtout les classes populaires. Actuellement l'ethnie est plus discriminante que la catégorie sociale comme facteur de risque d'obésité (les plus touchées étant les femmes noires).</p> <p>Après cette comparaison France / USA, l'auteure explore les représentations sur le corps : les classes populaires sont celles qui accordent le moins d'importance au poids.</p> <p>L'intérêt porté à la minceur croît avec la hiérarchie sociale et les femmes y sont plus attentives que les hommes.</p> <p>Ce moindre souci de conformité à la minceur des CPS – est expliquée par l'auteur par des profits symboliques plus faibles chez les inactifs, une valorisation différente du corps gros chez les travailleurs manuels et enfin une fréquence plus élevée de fortes corpulences qui diminuerait la pression sociale contre la prise de poids au sein des CSP –.</p>	<p>et de 1990 (n = 15 794), et l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages de l'INSEE de 2001 (n = 5 113) ; pour les États-Unis, les National Health and Nutrition Examination Survey américaines de 1970 (n = 23 808), 1990 (n = 16 305) et 2000 (n = 9 965)</p>
---	--

3	Sophie Degrange, C. Legrand, B. Pétre, A. Scheen et M. Guillaume	Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille	Médecine des Maladies Métaboliques, Vol. 9, 2015, n° 6, p 559-565
<p>Explore les représentations, les non-dits et les contradictions de tous les partis dans la prise en charge de l'obésité. Relève le rôle d'expert et de source d'information des médecins pour les patients, mais aussi leurs aspects souvent stigmatisants. Donne des pistes d'amélioration de l'ETP. Selon la conclusion associer le soignant, le patient et sa famille comme co-constructeurs du soin, pourrait constituer une stratégie thérapeutique à privilégier pour faire évoluer la situation d'échec rapportée</p>			<p>Étude qualitative basée sur 15 entretiens individuels selon 5 triades (patient/entourage (mère ou compagnon(e) / médecins (2 généralistes et 3 endocrino)</p>
4	Jean Pierre Corbeau	La construction de l'obésité	Médecine des Maladies Métaboliques, Vol. 8, Juin 2014, p. 275-278
<p>Discours sociologique qui décrit quatre catégories de comportements entraînant l'obésité et analyse le rôle des médias et de la médecine dans la stigmatisation des obèses</p>			<p>Article de synthèse : analyse personnelle de l'auteur appuyée par une bibliographie</p>

5	Thibaut de Saint Pol	Obésité, alimentation et image du corps	Médecine des Maladies Métaboliques, Vol. 8, Juin 2014, p. 271-274
<p>Article destiné à des médecins nutritionnistes, mais axé sur l'obésité et la sociologie du corps. Selon l'auteur, la question du corps et de ses représentations est essentielle pour comprendre les pratiques alimentaires et leurs variations sociales. Le corps qui est jugé désirable est très différent selon l'époque, la culture et le milieu social. L'augmentation de l'obésité en France, dans les années 1990, s'est traduite par une augmentation des inégalités sociales, qui a touché plus particulièrement les couches populaires et notamment les femmes de ce milieu du fait de leurs représentations. Car la corpulence mêle étroitement des questions de santé et d'apparence, qui jouent sur les pratiques alimentaires.</p>			<p>Article de synthèse : analyse de l'auteur appuyée par des citations, une bibliographie et des statistiques de l'INSEE.</p>
6	Régnier F, Masullo A.	Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale.	Revue française de sociologie 2009/4 (Vol. 50)
<p>Article qui décrit l'intégration des normes d'alimentation et de corpulence selon les catégories sociales. Les oppositions entre CSP – et CSP+ y sont décrites et les auteures</p>			<p>Étude mixte : qualitative et quantitative basé sur un corpus de 85 entretiens</p>

<p>proposent une analyse d'acceptation des normes alimentaires selon quatre groupes : (précaire : indifférent ; populaire et modeste : réaction critique ; intermédiaire et modeste ascendante : hyperadhésion et bonne volonté ; CSP + : diffusion et appropriation). Décrit la résistance des catégories inférieures aux messages de santé publique et l'importance du maintien de l'apparence par la consommation de produits alimentaires spécifiques par ces catégories (proche des théories de Bourdieu sur la distinction), mais oppose un goût de liberté au goût de nécessité décrit par Bourdieu pour les classes populaires. Préconise des politiques de santé publique adaptées à ces catégories et qui tiennent compte de représentations des catégories modestes pour être efficaces et éviter des creuser les ISS (inégalités sociales de santé).</p>	<p>semi-directifs analysé statistiquement par le logiciel hyperbas pour la partie quantitative.</p>
<p>7</p> <p>Faustine Régnier, Anne Lhuissier</p> <p>Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin</p> <p>L'article décrit, grâce à l'observation d'un dispositif d'éducation nutritionnelle spécifiquement destiné aux obèses, les représentations sociales alimentaires des femmes pauvres et les classe en 3 catégories de rapport au régime. 1/ femmes jeunes, insérées professionnellement</p>	<p>Recherches en économie et sociologies rurales. N° 3-4 - déc 2005.</p> <p>Étude qualitative par observation d'un dispositif d'éducation nutritionnelle à destination d'une quinzaine de femmes en surpoids</p>

<p>qui font des régimes d'elles-mêmes pour raisons esthétiques principalement. Leurs régimes sont très prescriptifs avec objectifs de poids précis et recours à des produits du marché des régimes 2/ femmes plus âgées, pratiquent un régime pour raisons esthétique et de santé mélangées. Pas de poids cible, mais efficacité mesurée à la taille des vêtements. Recours au groupe et dispositif surtout pour sortir de l'isolement. 3/ femmes au corps dégradé qui font des régimes devant des obligations de santé : le régime est souhaité sous supervision médicale avec idéalement hospitalisation. Grands isolements associés, aggravés souvent par des handicaps physiques et/ou psychiques. Son auteur relève un manque d'efficacité de ce dispositif lié à une inadéquation entre les attentes des promoteurs du dispositif et celles des femmes ainsi aidées, car il ne prend pas en compte le lien social de l'alimentation et imposera une vision préventive, hygiéniste et familiale en décalage avec les attentes de ces femmes isolées.</p>	<p>vivant dans un quartier de Lille classé en développement social. (Observation d'une quinzaine de séances du groupe, complétée par une dizaine d'entretiens)</p>		
<p>8</p>	<p>Patrick Peretti-Watel</p>	<p>De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids</p>	<p>Cahiers de Nutrition et de Diététique, Vol 46, Sept 2011, p. 173-177</p>
<p>Discours adressé à des médecins, sur la médicalisation de l'obésité via les messages de santé publique. Selon l'auteur</p>			<p>Article de synthèse : analyse personnelle de</p>

la prévention n'est pas efficace, car elle entraîne une stigmatisation morale des obèses et conduit involontairement à des effets délétères. Les raisons de son inefficacité sont le manque de formation et de temps pour les médecins, mais aussi une méconnaissance des comportements alimentaires des patients qui sont eux aussi désorientés face aux nombreux messages contradictoires issus de la marchandisation de cette prévention.

l'auteur appuyée par une bibliographie et des données statistiques

9	Faustine Régner	La perception des messages de santé par les populations défavorisées	Cahiers de Nutrition et de Diététique, Vol. 46, Sept 2011, p. 206-212
---	-----------------	--	---

Compare les représentations sociales des recommandations du PNNS selon les catégories sociales. Montre que si toutes les catégories connaissent globalement les recommandations nutritionnelles et sur l'activité physique, les catégories populaires résistent à ces messages, car ils heurtent leurs représentations corporelles et alimentaires. Les médecins sont une source d'information fiable pour les catégories aisées, mais non fiable pour catégories populaires qui lui préfère d'autres médias type TV, Internet, etc. Importance des relais d'information = personne de l'entourage perçu comme expert et jouant le rôle d'intermédiaire entre l'individu et l'émetteur d'une

Étude mixte : **qualitative et quantitative**, basée sur 85 entretiens semi-directifs. Le corpus d'entretiens a été l'objet d'une analyse de contenu classique, ainsi qu'une analyse statistique, établissant des tables de spécificités lexicales, mesurant la sur- ou la sous-représentation des mots, significative au seuil de 95

<p>prescription ce qui permet l'échange d'information avec des individus d'autres groupes sociaux. Ces relais d'information sont des sources importantes pour les catégories populaires</p>	<p>%, faisant apparaître les principales oppositions entre des groupes d'individus</p>			
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="181 651 327 891">10</td> <td data-bbox="327 651 572 891">Patrick Peretti-Watel</td> <td data-bbox="572 651 1002 891">La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?</td> </tr> </table> <p>Étude sur la prévention du tabac et l'obésité et des comportements à risques selon les catégories sociales. Selon l'auteur la prévention primaire est inefficace chez les populations précaires (car éloigné de la cible idéale et prenant plus de risque que les non précaires) et en plus peut rajouter des inégalités si elle augmente les coûts financiers ou symboliques des conduites à risques.</p>	10	Patrick Peretti-Watel	La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?	<p>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Vol. 61, Août 2013, p. S158-S162</p> <p>Article de synthèse : analyse personnelle de l'auteur appuyée sur une bibliographie</p>
10	Patrick Peretti-Watel	La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="181 1435 327 1668">11</td> <td data-bbox="327 1435 572 1668">Louis Georges Soler</td> <td data-bbox="572 1435 1002 1668">Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ?</td> </tr> </table> <p>Article étudiant des effets sociologiques (perception de la relation alimentation santé selon les catégories sociales) et économiques (influence de la publicité et du revenu sur la consommation ainsi que les effets des</p>	11	Louis Georges Soler	Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ?	<p>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Vol. 64, Avr. 2016, p. S55-S60</p> <p>Article de synthèse : analyse personnelle de l'auteur appuyée par une</p>
11	Louis Georges Soler	Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ?		

<p>taxations/règlementations étatiques sur les produits et marchés). Il étudie les effets sur l'obésité de divers leviers : les messages de prévention, la publicité et la taxation des aliments.</p> <p>L'auteur conclue qu'une amélioration de la qualité de l'offre alimentaire globale (et pas seulement d'un segment de prix offrant de meilleurs produits plus chers) amène une diminution des ISS. Il insiste sur la nécessité d'une combinaison équilibrées de mesures coercitives et incitatives pour ne pas augmenter les ISS. Par exemple une taxation des produits alimentaires nutritionnellement mauvais couplée à une aide financière aux ménages les plus pauvres pour acheter de bons aliments.</p>	<p>revue de littérature en économie et sociologie</p>		
<p>12</p>	<p>A. Afrite, P. et l'ensemble du groupe Intermède</p>	<p>Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (Intermède)</p>	<p>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Vol. 56, Oct. 2008, p. S367-S368</p>
<p>Les auteurs notent de fortes discordances entre les déclarations des acteurs pour les éléments de la consultation liés à la santé mentale et la prévention des problèmes de poids. La question du surpoids a été abordée</p>	<p>Étude quantitative. Trente médecins généralistes et 640 patients ont été enquêtés par des</p>		

<p>dans 40 % des consultations. Il a été observé une sous-estimation générale du poids des patients par eux-mêmes et par les médecins, ces derniers sembleraient sous-estimer davantage celui des patients ayant un meilleur statut social</p>	<p>questionnaires en miroir (patient et médecins interrogés sur la même consultation), administré par l'interviewer.</p>
<p>13 C. Crutze, et col.</p> <p>L'exploration des perceptions relatives à l'excès de poids pour mieux comprendre les difficultés dans la prise en charge de l'obésité : une étude populationnelle exploratoire</p>	<p>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Vol. 65, Juin 2017, p. 209-219</p>
<p>L'article postule que la perception et la prise en charge du poids des individus varient, non seulement à cause de facteurs socio-économiques, mais aussi selon leurs poids et leurs IMC. Il démontre que plus l'IMC augmente, plus la qualité de vie, la perception de sa santé et la perception de l'efficacité des régimes diminuent. Les résultats montrent aussi que l'effet déterminant de la classe sociale (ici caractérisée par la perception du revenu) sur les variables de perception peut être nuancé, puisqu'une partie de son effet est expliqué, en réalité, par une autre variable, à savoir l'IMC. Un obèse considérera donc sa qualité de vie et</p>	<p>Étude quantitative basée sur une étude exploratoire menée en Wallonie (Belgique). Questionnaire auto déclaratif, administré en ligne à un total de 4155 personnes. IMC calculé</p>

		<p>son état de santé comme mauvais et a un sentiment d'impuissance face aux régimes. L'article propose une réflexion sur l'éducation thérapeutique et la prévention. Il préconise aux médecins la compréhension du vécu et de la démarche de gestion du poids des individus pour passer d'une approche basée sur l'observance à une méthode basée sur une appropriation et une alliance thérapeutique favorisant la motivation intrinsèque.</p>	<p>donc selon des valeurs autodéclarées</p>
14	L. Gimenez	<p>La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ?</p>	<p>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 64, Issue 2, April 2016, Page 133</p>
		<p>Il existe un désaccord entre médecins et leurs patients sur les causes et les remèdes de la prise de poids, qui augmente avec le degré de surpoids des patients. Ce travail montrait également que les patients se représentaient difficilement les causes de leur surpoids et en sous-évaluaient les conséquences sur leur vie socio-professionnelle. L'incompréhension reflétée par ces discordances observées pourrait mettre en cause la qualité de la relation patient-médecin et compromettre l'efficacité de la prise en charge notamment en matière de réduction pondérale et de nutrition.</p>	<p>Étude quantitative par analyse statistique : à partir d'un dispositif de questionnaires « en miroir » car rempli par le médecin et le patient. 27 médecins généralistes et 585 patients ont participé à cette étude.</p>

15	Philippe Longchamp	Goûts de liberté, goûts de nécessité. Quand la diététique s'en mêle.	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 59–82
<p>Étude suisse. Légitime par l'expérience les théories de Bourdieu sur la distinction et celle de Faustine Régnier sur le 'goût de nécessité' qui enjoint aux CSP+ de faire corps avec la diététique par nécessité d'obéir aux normes corporelles par opposition au "goût de liberté" des CSP- qui refusent ces normes corporelles et préfère l'hédonisme alimentaire. Mais elle y apporte quelques nuances : elle divise les classes populaires en 4 classes : 1/ démunies (sous-classes insérées et désinsérées) 2/ en ascension 3/ établie 4/ en déclin qui oscillent entre hédonisme et bonne volonté diététique et retrouve néanmoins deux "goûts de nécessité" différents selon les classes populaires (contrairement à Faustine Régnier qui en théorise un seul pour ses deux catégories de classes populaires).</p>		<p>Étude qualitative menée à Genève selon une double modalité de récolte de données : des observations directes, sur deux ans, de l'activité de trois infirmières scolaires exerçant dans des établissements socialement contrastés et des entretiens semi-directifs avec 52 femmes (26 de classes populaires, 16 de classes moyennes et 10 de classes supérieures)</p>	
16	Mabel Gracia et Jesús Contreras	Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle	Corps 2008/1 (n° 4)

<p>Auteurs espagnols. Ils proposent une analyse sociologique de l'obésité s'appuyant sur les théories de Bourdieu, Apfeldorfer et Poulain. Après une remise en situation historique de l'obésité, ils questionnent les représentations sociales de l'alimentation et du corps imposé par les classes sociales dominantes qui mettent en valeur le corps mince (synonyme de santé et de contrôle de soi, voire de "bonne éducation"). Ils soulignent le renversement des valeurs morales religieuses au profit de valeurs éthiques issu du domaine médical appuyé par les lobbys de l'industrie alimentaire et pharmaceutique (qui « vendent le mal et le remède conjointement »).</p>	<p>Article de synthèse : analyse personnelle de l'auteur qu'il appuie sur des citations de qualités référencées dans une bibliographie</p>		
<p>17</p>	<p>Mark C. Pachucki</p>	<p>Alimentation et réseau social : une étude sur « le goût par nécessité » en contexte social</p>	<p>Sociologie et sociétés, 46 (2), 229–252</p>
<p>Les résultats présentés dans cet article montrent qu'aux USA, même les personnes qui ont un revenu peu élevé et un capital culturel faible (sans diplôme post bac) ont une alimentation très variée. De plus, d'autres résultats suggèrent que l'influence du réseau social sur le choix des aliments est sous-estimée et que ce dernier joue un rôle important, tout autant que les facteurs économiques, dans la formation du goût. Bien que seulement 12,4 % des</p>	<p>Étude américaine quantitative basée sur le questionnaire semi-quantitatif de FCA (fréquence de consommation d'aliments) de l'étude coronarienne de Framingham (cohorte de</p>		

		<p>aliments examinés aient révélé une variation importante de consommation en fonction de la taille du réseau social, il est intéressant de souligner que la consommation de fruits et de légumes variés, de céréales, de crevettes ou de mollusques diminue lorsque la taille du réseau augmente, alors qu'une consommation plus élevée d'aliments riches en calories vides et à faible coût (charcuterie, pain blanc, pizza) augmente en proportion avec la taille du réseau.</p>	<p>suivi depuis 1948, FCA depuis 1980). Données récoltées dans une population étasunienne uniquement.</p>
<p>18</p>	<p>Thibaut de Saint Pol</p>	<p>Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales</p>	<p>L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)</p>
		<p>Article littéraire sur l'histoire de la sociologie de l'alimentation qui décrit comment les inégalités sociales de santé et les scandales sanitaires l'ont propulsé sur le devant de la scène sociologique.</p>	<p>Article de synthèse : édito introduisant un recueil d'articles sociologiques dans un numéro spécial consacré à la sociologie de l'alimentation</p>
<p>19</p>	<p>Georges Vigarello</p>	<p>L'obésité, mal identitaire, mal sournois</p>	<p>Esprit 2010/2 (Février) p. 212</p>
		<p>Selon l'auteur l'obésité est multi factorielle (génétique, traumatisme de vie, représentations alimentaires etc.) et sans traitement sûr et validé. Une fois le stade de l'obésité</p>	<p>Article de synthèse : proche de la psychologie sociale. Discours appuyé sur</p>

		<p>atteint et en l'absence de guérison possible, l'obèse subit des discriminations (car contraire aux normes sociales) qui aboutissent au "mal identitaire" c'est-à-dire à une impossibilité d'aimer son corps qui le trahit malgré des efforts répétés. Cela aboutit à un déchirement, car l'obèse s'identifie néanmoins à ce corps qu'il déteste et a peur d'en changer (concept "identification sournoise" selon l'auteur).</p>	<p>des citations référencées dans une bibliographie.</p>
<p>20</p>	<p>Anne Lhuissier</p>	<p>Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence</p>	<p>Journal des anthropologues 2006/3 (n° 106-107)</p>
		<p>Par l'observation d'un dispositif d'aide à la perte de poids pour obèse, la sociologue met en lumière le décalage entre les attentes des participantes et la méthode, basé sur les théories psychologiques d'Apfelbaum (éviter la restriction cognitive) qui entraîne de nombreux abandons, car les participantes attendaient une approche très médicale avec régime strict. Décrit aussi les représentations sociales des participantes (essentiellement des femmes isolées et précaires) et le seul point qu'elles jugent efficace : le coaching sportif. Enfin elle montre qu'une approche hygiéniste des femmes dans le cadre familial (mère = vectrice de changement des normes alimentaires familiales) est en contradiction avec les attentes des femmes obèses</p>	<p>Méthode qualitative, qui s'appuie sur l'observation de deux groupes entre janvier et septembre 2003 au sein d'un dispositif d'éducation nutritionnelle à destination de femmes en surpoids vivant dans un quartier défavorisé de la ville de Lille. L'enquête fut complétée par une petite dizaine d'entretiens menés</p>

		du dispositif qui souhaitent un régime individuel et non apprendre comment bien nourrir leurs familles.	avec certaines participantes.
21	Régnier F, Masullo A.	Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire.	Rev Etud Agric Environ 2010;91(2):185—208.
		<p>Décrit un rapport au poids et au régime différent selon les CSP et le genre : normes nutritionnelles intégrées (faites corps) et réactions rapides contre le surpoids des enfants dans les CSP +. Pour les individus en milieu modeste, et plus encore ceux qui sont soumis aux plus fortes contraintes budgétaires, le suivi d'un régime ne constitue pas une priorité, et l'application de prescriptions et d'interdits alimentaires ne fait guère sens, car ils vont à l'encontre des goûts et des habitudes alimentaires. Le régime sera curatif plus que préventif et donc limité dans le temps. Enfin, analyse la source des recommandations nutritionnelles qui est souvent le médecin pour les CSP+. Pour les CSP – ce sont plus les médias (TV et magazines +++) et les échanges entre connaissance qui « approvisionnent » les connaissances nutritionnelles et les recommandations des médecins entrent en conflit avec celle-ci (méfiance). D'autant plus que consulter des diététiciens est cher et les aliments</p>	<p>Méthode mixte : qualitative et quantitative par entretiens, dans un échantillon socialement contrasté de 85 individus. La recherche portait sur les goûts alimentaires au quotidien. Ces entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure, ont tous été enregistrés et retranscrits, constituant un corpus de 800 pages qui a fait l'objet d'une analyse de contenu classique, ainsi que d'une analyse statistique</p>

<p>préconisés aussi. Donc les bonnes recommandations ne sont applicables que par les CSP- en ascension, bien intégrés qui bénéficient d'aide de leur réseau, car sinon la minceur est moins valorisée et l'application des normes plus difficile</p>	<p>textuelle menée à l'aide du logiciel Hyperbase.</p>
<p>22 Solenn Carof</p>	<p>Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre</p> <p>L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67 p.280)</p>
<p>Analyse qualitative du rapport au corps et au régime selon 3 pays : Allemagne, Angleterre et France. Postule qu'il existe non seulement des différences selon les classes (selon Bourdieu et Boltanski) avec un goût de liberté des classes populaires et goût de nécessité d'application des normes pour les classes supérieures (thèses de F. Régnier), mais aussi selon des différences nationales (modèles alimentaires différents par pays) selon l'école de Cl. Fischler. La France privilégierait l'hédonisme alimentaire et la commensalité (une minceur à déguster) et l'injonction à la minceur, très forte passerait par une attention quotidienne et non par des régimes. En Angleterre (une culpabilité à digérer), manger est une source de stress, une</p>	<p>Méthode qualitative basée sur 61 entretiens semi-directifs avec des femmes « en surpoids » et 25 avec des femmes « obèses » qui ont été réalisés en France, en Allemagne et en Angleterre (36 en France, 26 en Angleterre et 24 en Allemagne), dans de grandes villes et leurs périphéries. Complétée par un questionnaire de 80</p>

		<p>contrainte et non un plaisir. Il y règne une vision très nutritionnelle de l'alimentation et la corpulence est immorale plus qu'esthétique. Les Anglaises font donc plus de régimes restrictifs. En Allemagne : "une éthique à cuisiner" : la morale est surtout écologique et donc les Allemandes font plus attention à la qualité en terme écologique et de produits chimiques que nutritionnelle et tolèrent plus de rondeur avant un régime. Le surpoids y est moins stigmatisé, l'obésité oui. Le régime est plus axé aliments sains et bio qu'aliments moins énergétiques.</p>	<p>questions passé par Internet sur des forums féminins. 319 réponses complètes de femmes françaises, allemandes et anglaises (144 en surpoids et 175 obèses) ont ainsi été recueillies.</p>
23	Solenn Carof	Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141)
		<p>Selon l'auteure le régime est pratiqué différemment selon le sexe et la classe sociale (les classes supérieures sont dans l'autocontrôle permanent, les classes populaires dans une restriction temporaire). L'injonction à maigrir est plus esthétique (norme sociale) que médicale au début chez les femmes et bascule ensuite plus dans le médical voir le recours à la chirurgie bariatrique que les hommes. Le régime débute à un poids plus bas chez les femmes que chez les hommes qui débutent leurs régimes lors d'un surpoids avancé ou d'une obésité et qui ont directement une approche médicale plus qu'esthétique. Les techniques</p>	<p>Étude qualitative basée sur 44 entretiens semi-directifs avec des hommes et des femmes en surpoids (15 femmes et 5 hommes obèses, 19 femmes et 5 hommes en surpoids entre 19 et 74 ans, d'origine et de catégorie socioprofessionnelle très diverses). Complété par</p>

		<p>de perte de poids sont elles aussi différentes selon le sexe.</p> <p>Enfin les régimes peuvent avoir des conséquences néfastes et accroissent les inégalités sociales</p>	<p>quinze entretiens de médecins (endocrinologues, généralistes et nutritionnistes – et des diététiciens, 8 femmes et 7 hommes), ainsi que l'analyse thématique des forums de deux associations françaises de personnes corpulentes.</p>
24	Solenn Carof	<p>Les représentations sociales du corps gros : un enjeu conflictuel entre soignants et soignés</p>	<p>Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé 14 | 2017</p>
		<p>Analyse des "représentations sociales" des personnes en surpoids et des soignants notamment de médecins généralistes. Les décalages perçus par l'auteur sont : 1/ sur la signification du mot obésité et la perception de son caractère pathologique. 2/ un désaccord fréquent sur l'étiologie : causes extérieures (patient) vs intérieures (médecins) avec association fréquente de la corpulence à</p>	<p>Étude qualitative portant sur soixante et onze entretiens semi-directifs. (Quarante-cinq femmes et dix hommes, catégorisés médicalement « en surpoids » ou « obèses », d'âges, de milieux socio-</p>

<p>une « pathologie de la volonté » pour les médecins (moralisation) qui engendre de la discrimination.</p> <p>3/ un désaccord fréquent sur les thérapeutiques : régimes peu efficaces selon les patients et les médecins, chirurgie bariatrique jugée dangereuse par les soignants, absence de pilule miracle regrettés par les deux partis.</p> <p>4/ une plus grande tolérance des généralistes vis-à-vis du surpoids par rapport aux spécialistes (endocrino etc..) et en fonction de leur patientèle (si quartier populaire).</p> <p>5/ un manque de formation des généralistes et sentiment d'impuissance.</p> <p>6/ une stigmatisation ressentie fréquemment par les patients en surpoids (surtout les femmes des milieux populaires) émanant de tous les médecins mais plus fréquente chez les spécialistes que les généralistes.</p>	<p>économiques et d'origines culturelles diversifiés et</p> <p>seize soignants : cinq diététiciens, trois généralistes, quatre médecins nutritionnistes, deux endocrinologues et deux psychologues spécialistes de l'obésité)</p>
---	---

25	Géraldine Bloy et all	Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation	S.F.S.P. | « Santé Publique » 2016/HS S1 | pages 153 à 161
Bien qu'ils reconnaissent l'activité physique (AP) comme étant de leur ressort (89% des MG disaient trouver le sujet de l'AP facile à aborder et 98% considéraient que cela faisait			Méthode qualitative basée sur des entretiens semi-directifs portant sur la

<p>partie de leur rôle) les médecins généralistes recommandent peu le sport même dans ses indications les plus reconnues (obésité-DNID- troubles psychiatriques - rhumatisme - insuffisance respiratoire). Car ces pathologies les " freinent" (en prévention tertiaire et secondaire). En prévention primaire ils se heurtent à des préjugés sociaux et à un manque de formation selon eux donc ils délivrent des conseils de bon sens, mais ne s'appuient peu sur des outils reconnus ou des relais spécialisés.</p>	<p>prévention ont été réalisés auprès de 99 généralistes franciliens. Les modalités d'investissement de l'activité physique ont été approfondies avec 20 d'entre eux.</p>
<p>26</p> <p>Valérie Adt</p> <p>Le rapport des Français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité</p> <p>Selon cette étude le modèle alimentaire français, centré sur la commensalité et où le groupe familial prime, reste très ancré dans les mœurs. Si l'influence des facteurs environnementaux et la modification des styles de vie en particulier « poussent » dans le sens de la déstructuration des repas, de la multiplication des prises alimentaires et de l'individualisme alimentaire, cette influence est contrecarrée par d'autres facteurs socio-culturels et familiaux susceptibles de jouer un rôle préventif contre le surpoids et l'obésité.</p>	<p>Recherche en soins infirmiers 2011/3 (N° 106)</p> <p>Méthode mixte : qualitative et quantitative utilisant une enquête réalisée en 2008-2009 en milieu rural, semi-rural et urbain (Pays-de Loire) au moyen d'entretiens dans une vingtaine de foyers choletais (phase qualitative d'étude) et par interrogation de 266 binômes parents-enfant (phase quantitative,</p>

			questionnaire auto-administré, 13 pages)
27	Tristan Fournier et Jean Pierre Poulain	Suivre ou s'écarter de la prescription diététique	Sciences sociales et santé 2012/2 (Vol. 30)
<p>Étudie les régimes restrictifs appliqués dans un cadre thérapeutique et leur observance. Les freins relevés dans l'article sont liés au genre (répartition traditionnelle des rôles ménagers) à la catégorie sociale et à la commensalité festive française qui a un effet négatif sur les régimes. La commensalité habituelle a un effet positif mitigé selon le capital culturel (le conjoint et l'entourage « éduqué » aident souvent à appliquer les recommandations) et les individus isolés appliquent moins les prescriptions.</p>			<p>Méthode mixte qualitative (21 entretiens + 1 focus group de 8 personnes) et quantitative (802 questionnaires téléphoniques sur échantillon représentatif de la population française)</p>
28	José Luis Moreno Pestaña	Haro sur les gros	Le Seuil | « Actes de la recherche en sciences sociales » 2015/3 N° 208 | p. 4 à 13
<p>Exposé sociologique sur l'obésité, ses caractéristiques sociales et de genre, ses discriminations et ses contre-cultures (fat studies...). L'auteur s'interroge sur la pertinence du modèle dominant esthétique et médical et de l'impact de ces normes sur le corps.</p>			<p>Article de synthèse : discours de l'auteur étayé par des citations. Publié dans une grande revue sociologique</p>

29	Dieter Vandebroeck, Traduit de l'anglais par Françoise Wirth	Distinctions charnelles Obésité, corps de classe et violence symbolique	Le Seuil Actes de la recherche en sciences sociales 2015/3 (N° 208) Le poids des corps. Page 112
<p>Analyse sociologique reposant dans une première partie sur des enquêtes statistiques nationales belges et dans une deuxième partie sur un questionnaire proposant différentes figures de corpulence que l'enquêté attribue à lui-même et à diverses classes sociales. Analyse les corpulences souhaitée et idéales pour chaque classe sociale et chaque genre. Compare aussi la corpulence que s'attribuent les classes sociales entre elles. Résultats : les corpulences attribuées sont très genrées (très uniformes pour les femmes, plus disparates pour les hommes) et différentes selon un gradient social. L'article propose une réflexion sur la violence de classe par l'imposition d'un modèle dominant et sur la médecine qui sert de justification éthique à ce modèle de "morale" esthétique.</p>			<p>Méthode qualitative : enquête par questionnaire proposant des figures de morphologies différentes à attribuer (corpulence propre, corpulence attendue d'une chômeuse, d'un cadre etc...) (891 belges enquêtés) analysée statistiquement ensuite</p>
30	Olivier Lepiller	Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141) p. 368
<p>Enquête sociologique sur les obèses requérants à la chirurgie bariatrique. Les femmes sont plus représentées</p>			<p>Méthode qualitative basée sur des entretiens semi-</p>

<p>(87 % des opérés sont des femmes) et y recourent essentiellement autour de l'âge de la ménopause. Cela vient, selon l'auteur, non pas d'une injonction esthétique qu'elles ont dépassée, mais de l'injonction à la maîtrise et de l'injonction au care (s'occuper de sa santé et de celle des autres) qui est plus dévolue aux femmes et devient prégnant après la cinquantaine. Donc l'inégalité de recours à cette chirurgie est liée au genre et à l'âge.</p>	<p>directifs biographiques d'une durée de 1h à 2h15, réalisés avec 28 femmes la veille de leur opération, dans une clinique de la région toulousaine</p>
<p>31 Claude Grignon</p> <p>Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ?</p> <p>Ce sociologue de l'alimentation réputé dresse un bilan de l'analyse de l'obésité par sa discipline et élabore une réflexion épistémologique sur celle-ci. Il propose ensuite des pistes d'amélioration méthodologique pour traiter ce sujet</p>	<p>Dossier : À table !</p> <p>Alimentation et sciences sociales. Fév. 2015. Lavie des idées.fr</p> <p>Article de synthèse : discours appuyé sur des citations indexées dans une bibliographie.</p>

32	Thibaut De Saint Pol.	Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent	Bulletin Epidémiologique AFSSA, 2008, pp.175-179
<p>Selon cet article la corpulence moyenne augmente de plus en plus vite, et ce d'autant plus que les générations sont jeunes. Inégalement répartie, l'obésité s'est accrue sur l'ensemble du territoire entre 1981 et 2003. Les disparités entre catégories socioprofessionnelles se creusent. Enfin, le niveau de vie oppose hommes et femmes en matière de corpulence. Si les différences de corpulence, et en particulier l'obésité, sont pour une part liée à des facteurs génétiques, ces derniers ne peuvent expliquer cette brusque augmentation de la corpulence, qui tient plus à des facteurs sociaux, économiques et culturels. Les personnes qui vivent dans un même milieu partagent en effet, selon l'auteur, un mode de vie et des habitudes dont la corpulence, en particulier, est le reflet.</p>			<p>Méthode quantitative. Les données utilisées sont issues des trois dernières « Enquêtes sur la santé et les soins médicaux » de l'INSEE, réalisées en 1980-1981 (participants n=12400), 1991-1992 (n=13400) et 2002-2003 (n=22600). Les participants sont âgés de 18 à 65 ans. IMC autodéclaré et non mesuré</p>

33	Thibaut De Saint Pol.	Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe	Institut National de la Statistique et des Études économiques, 2006, p.649- 656.
<p>L'article utilise des données statistiques européennes pour établir les caractéristiques épidémiologiques de l'obésité et du poids en France, puis l'auteur propose une analyse sociologique selon le genre et la CSP. Il y fait aussi la critique de l'IMC comme indicateur de surpoids et d'obésité car il ne tient pas compte du sexe, de la silhouette et ne reflète ni l'histoire du poids, ni le poids de la masse musculaire dans l'organisme ce qui pose problème. Conclusion principale : l'écart de corpulence entre les moins diplômés et les plus diplômés est beaucoup plus important pour les femmes que pour les hommes, la corpulence augmente avec le revenu personnel pour les hommes et diminue pour les femmes, l'obésité sévère touche plus les femmes et il existe une valorisation différente de la silhouette selon les groupes sociaux.</p>		<p>Méthode quantitative : l'article utilise les données d'Eurostats (septième vague du panel européen des ménages, réalisée en 2000, individus de 18 à 65 ans)</p>	

34	René Patesson	Enquête sur les comportements et styles de vie associés à l'alimentation.	Rapport d'enquête sur les styles de vie associée à l'alimentation. 2006. HAL archive ouverte
<p>Rapport sur une étude belge portant sur le 'style de vie' des personnes en surpoids ou obèse. Il remet en cause beaucoup de caractéristiques alimentaires associées à l'obésité. Par exemple l'auteur ne trouve pas de différences statistiquement significatives pour l'obésité selon les catégories socio professionnelles, mais seulement si l'enquêté est en activité ou au chômage. Exception faite de la quantité de nourriture absorbée qui est corrélée à l'obésité, les obèses ou personnes en surpoids ne prennent pas plus de repas que les autres voire sautent des repas, vont moins au restaurant/fast food que les maigres, consacrent plus de temps à la préparation des repas à domicile, consomment moins de plats déjà préparés (mais les repas maison sont quantitativement plus grands) et passe plus de temps à table (composante hédonique). Le grignotage est identique chez les maigres et les gros. Les facteurs corrélés avec l'obésité sont : manque de contrôle personnel, quantité d'alcool plus importante, quantité de tabac moins importante, exercice physique moins</p>			<p>Méthode quantitative : analyse statistique basée sur un questionnaire administré par un interviewer face à face chez les enquêtés en 2005, sur échantillon représentatif de la population belge (610 répondants). Questionnaire de 74 questions avec 322 items. Les mesures (poids, IMC, etc....) ont été déclarées aux enquêteurs et non mesurées objectivement.</p>

important (dont promenades, usage des escaliers, usage de vélos pour certains déplacements...). La télévision est un facteur qui influence négativement le poids. Le fait de consommer des aliments (plateau télé, snacks, ...) et boissons devant la TV n'est pas suffisant pour expliquer le surpoids et l'obésité, car ces pratiques sont distribuées au travers de toutes les classes de l'IMC. Enfin l'article distingue aussi une approche du poids et des régimes différents selon le genre, mais aussi selon le niveau de stress déclaré par l'enquêté.

35	Henri Bergeron, Patrick Castel, Étienne Noguez	Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs	Questions de santé publique, 2014, pp.1 - 4
----	---	---	--

Les auteurs défendent un point de vue très proche des théories sociologiques de Michel Foucault avec sa théorie du gouvernement des conduites par l'état. L'obésité et le PNNS leur permettent donc de vérifier l'existence de cette gouvernementalité ou comment l'état applique son pouvoir pour "contraindre" les collectivités et les individus à appliquer ces PNNS. Pour cela, les auteurs relèvent que l'état s'appuie sur une légitimation théorique issue de disciplines scientifiques nouvelles qui proposent des

Article de **synthèse** :
discours appuyé sur
d'autres études indexées
dans une bibliographie

solutions "praticables", respectant les rapports de forces entre État, citoyens et industriels. L'état laisse donc une grande autonomie à une nébuleuse d'acteurs sociaux (collectivités, associations, municipalités) et repose peu sur la coercition. Cela amène les auteurs à constater notamment l'influence des lobbys de l'industrie agroalimentaire dans l'élaboration des objectifs et politiques de santé publique qui orientent plus volontiers l'action de l'état vers la responsabilité individuelle et l'activité physique que vers une légifération sur la qualité nutritionnelle de leurs produits.

36	Marguerite Lavallée, Catherine Garnier, Martine Quesnel, Annie Marchildon et Lucie Bouchard	Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants	Revue de l'Université de Moncton Vol. 35, n° 2, 2004
Étude québécoise sur les représentations sociales alimentaires. Ses conclusions sont : le facteur socio-économique apparaît comme le plus déterminant pour une alimentation saine, suivi du genre. L'article constate que, malgré l'aisance à se procurer des aliments variés et de		Méthode mixte, qualitative et quantitative : trois groupes en interaction (82 parents ; 16 intervenants du milieu scolaire (dont 12	

<p>qualité partout dans notre société, tous ne peuvent en jouir de la même façon ; la part du budget consacrée à la nourriture est bien relative et très souvent fonction de contraintes économiques. De même, les distinctions selon le genre révèlent à quel point hommes et femmes, mais aussi garçons et filles, s'investissent différemment dans la nourriture et cela, dès le plus jeune âge. Pour la santé, il semble que les évocations émanent d'autres référents, plus statutaires, différents selon les groupes étudiés. Quant au regard que portent les enfants sur leur alimentation et leur santé, il apparaît qu'il est plus tributaire de celui des parents que de toute autre source d'influence.</p>	<p>enseignants, trois directeurs d'école et une nutritionniste) et 91 enfants (issus de maternelles et primaires)), ont été recrutés pour un total de 189 personnes. Les données recueillies par la technique d'association de mots sont soumises à une analyse lexico-métrique.</p>		
<p>37</p>	<p>Anne Dupuy</p>	<p>Regard(s) « sur » et « par » l'alimentation pour renverser et comprendre comment sont renversés les rapports de générations : l'exemple de la socialisation alimentaire inversée</p>	<p>Enfances, Familles, Générations N° 20, printemps 2014</p>
<p>Article de sociologie de l'alimentation et de la santé. L'analyse est axée sur l'effet des inégalités sociales et des différentes représentations sociales. Démontre que l'alimentation infantine a un effet important sur celle des</p>	<p>Méthode qualitative. Basée sur deux enquêtes réalisées en France métropolitaine. La première est constituée</p>		

<p>familles et que les processus de socialisation apportés de la sphère publique par les enfants amènent les parents à reconsidérer certaines pratiques alimentaires.</p>	<p>d'un corpus total de 97 entretiens, dont 52 avec des enfants et des jeunes âgés de 7 à 14 ans. La seconde enquête est basée sur 28 entretiens réalisés auprès de personnes en situation de précarité passagère (n=9) ou de pauvreté installée (n=19).</p>		
<p>38</p>	<p>Anne Lhuissier et al.</p>	<p>Deux ou trois repas par jour ? Des rythmes alimentaires sexués en région parisienne.</p>	<p>Recherche en économie et sociologie rurale, N° 1/2014 - avril 2014</p>
<p>Selon les auteurs le modèle des 3 repas par jour reste dominant en France, même en zone urbaine. Mais une grille de lecture selon le genre et les inégalités sociales est pertinente pour comprendre qui "s'écarte" de ce modèle. Alors que les femmes sont plus susceptibles de faire trois repas quotidiens et les hommes plus nombreux à en prendre deux, les auteurs observent que faire deux repas par jour est significativement lié pour les femmes à l'effet d'une vulnérabilité économique et sociale. Les femmes vivant seules, les mères de famille monoparentale ou celles vivant avec d'autres adultes (cohabitants ou couple sans enfant) sont plus susceptibles de</p>	<p>Méthode quantitative basée sur les données 2010 de l'enquête SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales) utilisant des modèles logistiques simples et logistiques multinomiaux et enquêtant sur les repas et l'alimentation principalement. La cohorte SIRS est une enquête socio-</p>		

<p>prendre deux repas (plutôt que trois) que les femmes en couple accompagnées d'enfants de moins de 18 ans. La norme des trois repas apparaît comme une norme des classes sociales supérieures mieux informées des recommandations médicales et de santé et moins contraintes par des restrictions économiques. Plus courant dans les couples avec enfants que dans les ménages sans enfants ou monoparental. Ce modèle familial peut favoriser la transmission des règles d'éducation et de socialisation, telles que les manières à table et la convivialité.</p>	<p>épidémiologique longitudinale basée sur un échantillon aléatoire représentatif de la population adulte francophone vivant en agglomération parisienne (Paris, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis, Hauts de Seine), menée depuis 2005 par l'INSERM.</p>		
<p>39</p>	<p>Patrick Peretti-Watel, Valérie Seror, Enguerrand du Roscoät, François Beck.</p>	<p>La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes.</p>	<p>Evolutions, juillet 2009 ; n°18</p>
<p>Décrit les effets des campagnes de santé publique sur les comportements à risque (tabac, alcool et mauvaise alimentation). Établit 5 profils de perception différents de ces campagnes. (Réceptifs 36%, indifférents 23%, méfiants 15%, hostiles 13 % et angoissés 13 %). Montre que les "récepteurs idéaux" sont rares (1/8) et que la responsabilité individuelle de la santé est acceptée par les CSP + (cadres, etc..) mais que les CSP - jugent leur santé dépendante de</p>	<p>Méthode quantitative reposant sur un questionnaire délivré par téléphone entre le 11 juin et le 28 juillet 2008, auprès de 2 000 personnes résidant en France</p>		

facteurs extrinsèques. La fiabilité des messages fait consensus, mais les réactions y sont très diverses : si les réceptifs ont un profil plus féminin, jeune et diplômé, en revanche, les hostiles ne présentent pas de profil sociodémographique particulier. Un autre résultat, plus attendu, est que les méfiants et les angoissés ont plus souvent peu de diplômes et de bas revenus (les angoissés se trouvant en outre plus fréquemment dans une situation de faible intégration professionnelle et sociale). Les campagnes sont globalement efficaces, mais sur les individus les plus enclins à modifier leurs comportements dans le sens d'une réduction des risques, les réceptifs et, dans une moindre mesure, les angoissés (à l'exception notable pour ces derniers du tabagisme), sont aussi ceux qui ont initialement les habitudes de consommation les plus saines (alcool, tabac, nutrition). Inversement, les plus engagés dans des consommations à risque (les hostiles et les méfiants qui représentent à eux deux près de 30 % de la population) sont aussi les moins enclins au changement : ils ont une réaction défensive et résistante face à ces campagnes.

métropolitaine et âgées de
18 à 75 ans.

40	Jean-Paul Génolini, Julien Cazal, Nackaerts Jacolin et Jean- Paul Clément	« Dispositifs et dispositions », la transformation des pratiques alimentaires et physiques en éducation pour la santé : le cas de l'obésité et des maladies cardiovasculaires	Global Health Promotion, 2013; Vol. 20 Supp. 2: 54– 58
<p>L'étude des dispositifs de préventions des maladies cardiovasculaires et de perte de poids pour obèses par les auteurs montre selon les auteurs que chaque dispositif attire des patients socialement différents et qu'ils sont donc tous nécessaires. Ils remarquent que les désirs de changements alimentaires et physiques pour façonner son corps différemment sont complètement autonomes chez les obèses et qu'il ne faut pas forcément les associer. Enfin les dispositifs les plus intéressants selon les auteurs sont ceux qui ne s'axent pas sur la responsabilité et l'apprentissage individuel des recommandations nutritionnelles, mais ceux qui accueillent, accompagnent et diffusent les techniques de soin, par un accès égal aux ressources médicales et aux groupes de pairs aboutissant plus à des « auto-soignants » ayant intégrés les pratiques utiles qu'à des « sensibilisés aux risques » qui ne changeront souvent pas durablement de</p>		<p>Méthode qualitative basée sur 400 heures d'observation en hôpital et rééducation pour les maladies cardiaques avec interview de 40 personnes. Pour l'obésité entretien avec 57 obèses parfois à deux moments différents (80 entretiens biographiques de personnes obèses au total)</p>	

<p>comportements. Ces dispositifs mieux formateurs sont selon l'article les structures « fermées » type SRR ou services hospitaliers où l'on dispose du temps, des outils et de l'isolement nécessaires pour réussir cette « formation »</p>	
--	--

D. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DES ARTICLES SELECTIONNES

Nous avons résumé dans le tableau précédent les caractéristiques principales de chaque article. Elles ont des caractéristiques très hétérogènes. En effet, les sciences humaines et sociales disposent de nombreux protocoles de recherche et de différentes méthodologies validées par les paradigmes et concepts de leurs disciplines, mais parfois éloignés des protocoles de recherche médicaux. Nous ne développerons pas ici leurs matériels et méthodes, décrit dans le tableau précédant, mais regrouperons les différents articles par catégories et méthodes pour plus de lisibilité et d'objectivité sur les proportions des différents types d'articles inclus dans notre revue de littérature. L'analyse de la qualité de ces articles sera faite dans la partie discussion (partie IV - A) et ils sont regroupés en annexe par types d'articles dans des tableaux. (Partie VI - A)

1. Article de synthèse :

12 articles de cette revue de littérature sont des articles de synthèse. Ils sont classiquement organisés en trois parties, une introduction, le corps de l'article aussi appelé

« littérature » et la ou les conclusion(s). Leurs « matériel et méthode » n'est donc pas analysable. En effet leurs auteurs expriment leurs opinions sans les appuyer directement sur une expérimentation propre à l'article. Ils dissertent sur de nombreux sujets en lien avec le poids en s'appuyant sur des citations d'autres articles. Les articles cités sont essentiellement des articles de recherche appuyés fréquemment sur des données statistiques nationales ou internationales, mais aussi d'autres recherches aux méthodologies recevables en sciences humaines. Leurs auteurs citent aussi régulièrement leurs propres productions scientifiques. Tous ces articles compilent leurs sources dans une bibliographie. Nous discuterons de leur qualité et de leur intérêt pour notre recherche dans le chapitre idoine (Partie V : discussion / sous-partie A : synthèse de la qualité des articles).

Le tableau récapitulatif des articles de type littéraire est disponible en annexe (partie VI-B-1). Ils sont référencés dans notre tableau des articles sélectionnés sous les n° : 1, 4, 5, 8, 10, 11, 16, 18, 19, 28, 31 et 36.

2. Articles scientifiques

Dans notre revue de littérature 28 articles sont de types scientifiques. Ils exploitent donc directement des données produites lors d'expériences scientifiques fondées sur une méthodologie validée par les sciences sociales.

Parmi ces 28 articles, 11 sont basés sur des protocoles quantitatifs, 11 sur des recherches qualitatives et 6 sont des recherches hybrides associant une partie qualitative et une autre quantitative. Leurs méthodologies étant décrite dans le tableau précédent nous ne

la détaillerons pas à nouveau mais nous regrouperons les différents articles selon leurs caractéristiques méthodologiques

a) Articles quantitatifs uniquement

Les 10 articles basés sur une méthode d'analyse quantitative uniquement sont les articles n° 2, 12, 13, 14, 17, 29, 32, 33, 34, 38 et 39. Le tableau récapitulatif de ces articles « quantitatifs » est disponible en annexe (partie VI-B-2).

Parmi ces articles :

- 5 articles exploitent de grandes enquêtes statistiques nationales, ce sont les articles : n° 2 (exploitant les enquêtes « Santé et soins médicaux » et « enquête permanente sur les conditions de vie des ménages » de l'INSEE ainsi que les enquêtes « National Health and Nutrition Examination Survey » américaines) ; n°17 exploitant la cohorte de Framingham, n°32 qui exploite les trois dernières « Enquêtes sur la santé et les soins médicaux » de l'Insee ; n° 33 qui utilise les données d'Eurostats (septième vague du panel européen des ménages, réalisée en 2000) et enfin l'article n°38 qui est basée sur les données 2010 de l'enquête SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales) de l'INSERM
- 6 articles utilisent des questionnaires et en tirent une interprétation statistique, ce sont les articles n°12, 13, 14, 29, 34 et 39.

b) Articles qualitatifs uniquement

Les 11 articles utilisant des méthodes qualitatives sont les articles n° 3, 7, 15, 20, 22, 23, 24, 25, 30, 37 et 40. Un tableau récapitulatif est disponible en annexe (partie VI-B-2).

Ils sont tous basés sur des entretiens « semi directifs » effectués par les sociologues avec au total 635 entretiens pour ces 11 articles. Notons que les articles n° 7, 15, 20, et 40 associent aux entretiens une observation sociologique *in situ* et que les articles n° 22 et 23 associent aux entretiens des questionnaires et une analyse des forums internet sur leurs thématiques.

c) *Articles hybrides*

Les 6 articles de recherche basés sur une méthode hybride (qualitative et quantitative) sont les n° 6, 9, 21, 26, 27 et 36. Ils utilisent tous pour la partie qualitative des entretiens semi directif (315 en tout) conduit par leurs auteurs (sociologues ou anthropologues). Parmi ces articles quatre ajoutent une analyse statistique des mots employés dans le corpus des entretiens, ce sont les n° 6,9, 21 et 36 ce qui constitue leur partie quantitative. Les articles n° 36 et 27 complètent leurs entretiens par un questionnaire analysé statistiquement et l'article 27 ajoute à sa partie qualitative l'analyse d'un *focus group* de 8 participants.

V. ANALYSE DU CONTENU DES ARTICLES

A. INTRODUCTION : LES CONCEPTS CLES UTILISES PAR LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES DANS NOTRE REVUE

1. Les représentations sociales

Les sociologues de notre revue s'intéressent à l'obésité et à la gestion du poids via l'étude de leurs représentations dans les différentes sphères de la société. En effet, le poids et sa gestion par l'alimentation ou d'autres leviers sont dépendants de l'image que chacun a de son corps et des objectifs de corpulence qu'il se fixe. Or ces « corps souhaités » sont très dépendants de la catégorie sociale et surtout des représentations sociales de chacun comme le résume T. de Saint Pol(37) « *Pour comprendre les pratiques alimentaires et leurs différenciations sociales, il est nécessaire de s'intéresser également aux représentations du corps et aux idéaux qu'en ont les individus* ».

Dès lors, comme il est abordé sous de multiples aspects dans cette revue, il convient de définir le concept de **représentations sociales (RS)**. Élaborées par P. Moscovici (1969, p.11) comme un « *savoir de sens commun, un système de valeurs, de notions et de pratiques* », elles permettent d'établir des « *réseaux de significations* » pour « *sélectionner les informations utiles et pour guider l'action* » (P. Moscovici, 1961). Selon Jodelet (1991) les représentations sociales sont des « *phénomènes cognitifs [qui] engagent l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensées* ». Selon T. Apostolidis et al (38), elles sont aussi utilisées en psychologie de la santé pour

rechercher les différentes gestions des risques sanitaires selon les groupes sociaux : « *Les mises en représentation des risques mobilisent des systèmes de pensée symptomatiques et préexistants ancrés dans le sens commun et constitués d'expériences sociales, d'apprentissages et de communications. Le regard des représentations sociales appliqué à la construction sociale du risque invite en psychologie de la santé à prendre en considération le caractère multi-déterminé et pluri-raisonnable des comportements humains.* »

Enfin selon M. Lavallée et al.(39) « *les deux processus participant à la construction d'une RS [sont]: l'**objectivation** ou la concrétisation de la réalité représentée (selon Moscovici, son noyau figuratif) et l'**ancrage** ou l'interprétation de cette réalité en fonction des insertions sociales des individus dans les divers groupes auxquels ils s'identifient (Doise, 1990)* ».

Ce concept est très proche d' « une manière de penser » que Pierre Bourdieu insère dans son concept d'**habitus** et qui est défini ainsi sur wikipédia (5) « *L'habitus est constitué en effet par l'ensemble des dispositions, schèmes d'action ou de perception que l'individu acquiert à travers son expérience sociale. Par sa socialisation, puis par sa trajectoire sociale, tout individu incorpore lentement un ensemble de manières de penser, sentir et agir, qui se révèlent durables. Bourdieu pense que ces dispositions sont à l'origine des pratiques futures des individus.* »

Nous résumerons ainsi en langage profane ce concept comme des connaissances ancrées en chacun, acquises de façon dynamique par croisement entre expérience personnelle et messages répétés de notre environnement social. Ces connaissances permettent de façon consciente ou non d'appliquer des cadres de raisonnement rapides face à un problème de société fréquent ; débouchant généralement sur des pratiques en conformité, consciemment ou non, avec celles du groupe social le plus influent sur l'agent social considéré. Leur analyse

est très instructive pour les sciences humaines et sociales car elles permettent d'appréhender comment un groupe social se positionne vis-à-vis d'une problématique sociale, mais aussi à quels groupes sociaux un individu s'identifie. (Analyse dynamique des convergences et divergences par rapport aux RS)

2. Les différents types de capitaux en sociologie

Les articles relevés dans notre revue fondent leurs analyses sur une échelle sociale différente du classique « niveau socio professionnel » et de l'aisance ou de la pauvreté attribuée à chaque classe sociale selon ses ressources économiques. La plupart des articles ont une vision de l'échelle sociale issue des rapports de domination symbolique, basée sur les théories de Pierre Bourdieu (41) (*La Distinction*, éd de Minuit 1979). Ce paradigme des SHS distingue les classes sociales et les individus qui les composent selon leur **capital symbolique** susceptible d'accorder à une personne ou un milieu social un certain niveau de reconnaissance particulière au sein de la société. Ce capital symbolique est issu de la synergie de trois capitaux :

- **Economique** : renvoie à l'ensemble des ressources économiques d'un individu, c'est-à-dire à la fois ses revenus et son patrimoine.
- **Culturel** (qui mesure l'ensemble des ressources culturelles dont dispose une personne. Elles peuvent être de trois formes : incorporées (savoir et savoir-faire, compétences, forme d'élocution, etc...), objectivées (possession d'objets culturels) et institutionnalisées (titres et diplômes scolaires).

- **Social** : mesure l'ensemble des ressources qui sont liées à la « possession d'un réseau durable de relations d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ».

3. Distinction, violence symbolique

Pour Bourdieu et ses disciples, l'espace social est relationnel et chaque groupe n'existe qu'en comparaison avec les quantités de capital que possèdent les autres agents. Chaque individu montre son appartenance à une classe sociale selon des styles de vie, des pratiques sociales basées sur des goûts ou dégoûts qui l'associent à une classe sociale et le distinguent des autres (principe de la **distinction**). Par exemple la pratique du golf ou du football sera valorisée différemment selon les groupes sociaux et cela permettra à une personne d'être distinguée et de se distinguer par rapport à d'autres groupes par la maîtrise des symboliques et rituels associés à ces sports.

La société est donc étudiée de façon dynamique en sociologie, selon des rapports de dominations qui permette à chaque groupe, via son capital symbolique et la « **violence symbolique** » dont il dispose de produire des normes auquel ses membres s'identifieront et de les imposer aux autres classes avec plus ou moins de succès selon les RS qu'elles heurteront dans chacun de ces groupes. Cette violence symbolique est efficace, car « cachée », c'est-à-dire que les agents sociaux l'intériorisent grâce à une domination structurale, organisée par la société et contrôlée par les classes qui diffusent le mieux leurs symboles dans les divers champs sociaux, sans qu'ils en aient conscience. Une part majeure de la sociologie consiste donc à trouver qui produit les normes, comment elles sont légitimées et comment elles s'entrechoquent dans l'espace social. L'autre part consiste dès lors à retrouver selon quelles

compositions de capital (économique, culturel et social) les individus s'approprient ou résistent à ces normes dominantes.

4. Genre :

En sociologie le genre désigne l'ensemble des caractéristiques relatives à la masculinité et à la féminité ne relevant pas de la biologie, mais de la construction sociale. Il se distingue du concept de type sexuel (sexe), en focalisant sur les différences non biologiques entre les femmes et les hommes.

5. Citation des articles

Précisons enfin pour des raisons de clarté que les articles analysés seront regroupés par thème selon leur **numéro d'apparition dans le tableau des articles sélectionnés**. Par exemple : *les articles n° 2, 3 et 5 évoquent les questions d'inégalités sociales des mangeurs.*

Mais les citations du contenu d'un de ces articles seront quant à elles identifiées par leur **numéro de référence dans la bibliographie** de notre thèse, soit par un numéro entre parenthèses. Par exemple : M. Jean Dupond a dit [référence bibliographique] **(8)** : « *on mange à table* »

B. LE CORPS EN SHS : ETUDE DES PRODUCTIONS ET RECEPTIONS DES NORMES SOCIALES CORPORELLES

Dans notre revue de littérature, nous relevons 17 articles qui contiennent une analyse des normes corporelles de notre société. Ce sont les articles n° 2, 5, 6, 7, 9, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29 et 33.

La corpulence est distribuée différemment selon l'échelle sociale et les fortes corpulences sont plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées. Il nous intéresse ici de comprendre comment les SHS s'emparent de ce sujet et quels axes de réponse elles proposent pour expliquer cette inégale répartition.

En premier les SHS décryptent comment sont fixées les normes de corpulences idéales qui s'opposent à l'obésité et partent donc de ce corps idéal pour analyser la diffusion des normes corporelles dans la société.

1. Le corps idéal fait consensus.

Concernant le corps idéal, les sociologues constatent plusieurs éléments. Il varie fortement selon les lieux, les périodes, les catégories sociales et le genre. Concernant notre société, il s'est opéré un renversement de valeur récent, comme l'énonce par exemple S. Carof : « *Autrefois, les hommes en forte surcharge pondérale et les femmes avec quelques rondeurs (mais moindres) appartenaient aux classes supérieures (Vigarello, 2013). Aujourd'hui, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus forte parmi les femmes ayant un faible revenu et un faible niveau d'éducation.* » C'est donc un pur produit

social et le corps idéal d'une société apprend beaucoup sur les normes en vigueur en son sein et comment elles sont imposées. Si les rondeurs ont longtemps prédominé dans les modèles de corpulences idéales des sociétés où existaient des pénuries alimentaires, aujourd'hui l'homme idéal présente un corps musclé, bronzé, mais svelte. La femme idéale est, elle aussi svelte avec de longues jambes, un corps bronzé et les seules rondeurs tolérées le sont au niveau de la poitrine et des fesses. Ce renversement de corpulence date selon les auteurs des années 50 à 60, ainsi selon F. Regnier(43) :

« Dans le domaine du rapport au corps, la minceur semble être aujourd'hui le principal souci, la norme dominante définissant l'excellence corporelle, en particulier après les années 1960 ».

Le premier axe de travail des sociologues sur le corps, notamment les articles de F. Regnier, A. Lhuissier et A. Masullo (n°2, 6, 7, 9 et 21) ; de T. de Saint Pol (n°5, 32 et 33) et D. Vandebroek (n°29), montre que ce corps idéal est désiré par toutes les catégories sociales, mais que le delta entre corps réel et corps idéal augmente lorsque l'on descend dans l'échelle sociale comme l'énonce entre autre F. Régnier (8) *« si les femmes des catégories populaires sont plus corpulentes que les autres, elles ne sont pas pour autant coupées des normes dominantes, diffusées dans la presse féminine ou à la télévision. Pour preuve, c'est chez les ouvrières et inactives qu'on trouve le plus fort écart entre corpulence réelle et idéale »*. Cet écart entre corps réel et corps idéal, très dépendant de la catégorie socio professionnelle, a été mis en évidence par l'étude quantitative de D. Vandebroek (n°29) et les articles de T. de Saint Pol (n°32, 33) et de F. Régnier (n°2) exploitant les données statistiques de l'INSEE.

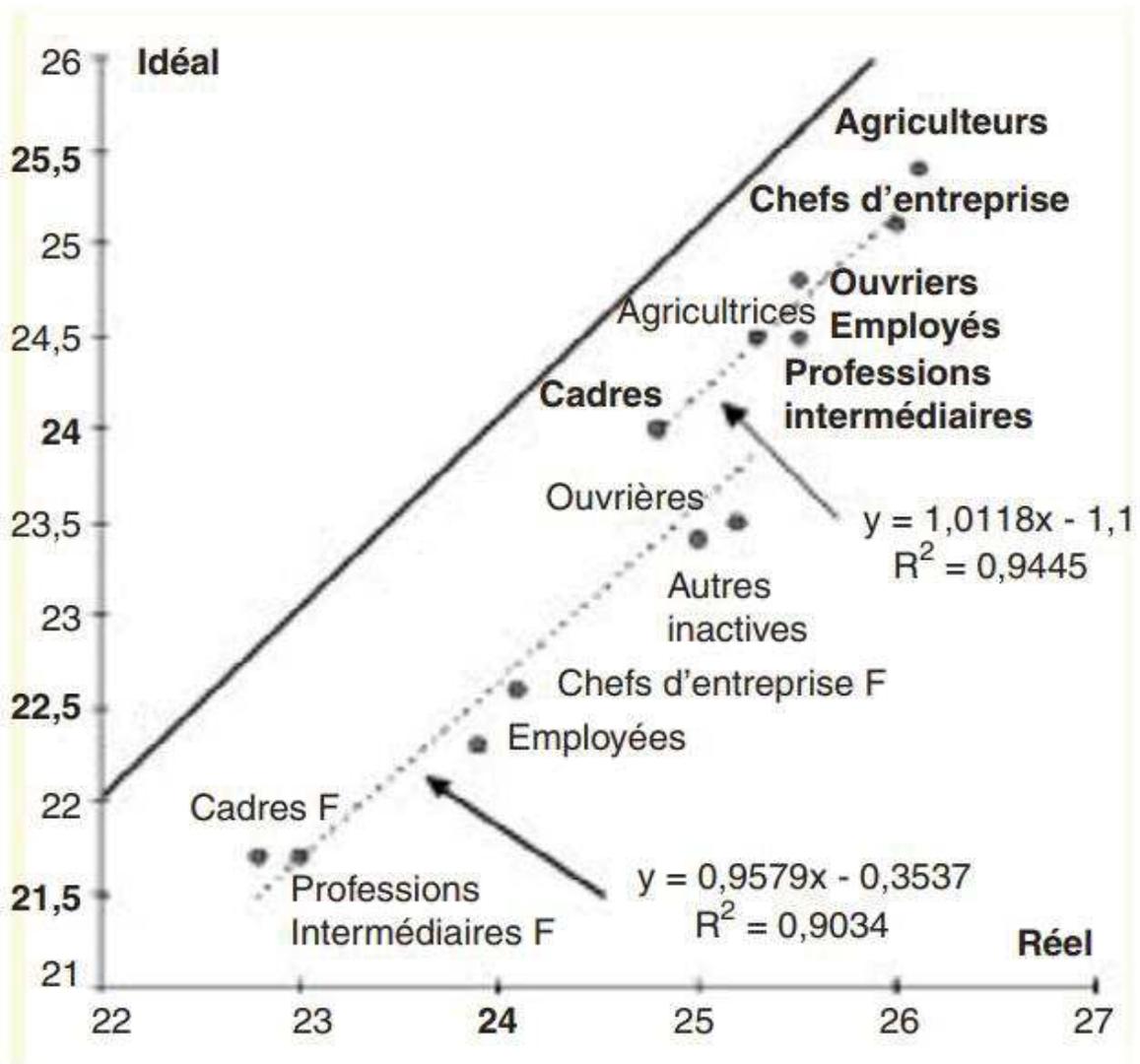


Figure 3 : Corpulence réelle et idéale en France en fonction de la CSP (source INSEE 2001 - Faustine Régnier). Lecture : la figure oppose en abscisse la corpulence réelle, et en ordonnée la corpulence idéale pour chaque CSP. Plus le point s'éloigne de la diagonale, plus l'écart entre la réalité et l'idéal est important

On trouvera les articles qui évoquent ce consensus autour du corps idéal aux n°2, 7, 9, 17, 29, 30 et 34.

Le deuxième axe d'étude des sciences humaines et sociales consiste logiquement à comprendre par qui ces normes du corps idéal sont produites et comment elles sont légitimées.

2. La production des normes corporelles

Bien que les normes idéales de corpulence soient similaires dans beaucoup de classes sociales, la réalité des corps est très différente selon les milieux sociaux. Les sciences sociales étudient donc la production et l'application réelle des normes de corpulence idéale à différents niveaux de l'échelle sociale et tentent de mesurer les impacts de chaque groupe social sur les autres. La conclusion des SHS est que les normes de références de notre société sont celles des groupes sociaux « dominants », soit celles des classes sociales supérieures et plus précisément des classes sociales qui, selon les théories de Bourdieu, possèdent le plus d'impact symbolique, comme le rappelle D. Vandebroek (11) « *le pouvoir d'objectiver, c'est-à-dire d'imposer une définition particulière du corps légitime et de la valeur (tant esthétique que morale) de ses attributs, loin d'être universel, est lui-même fonction du pouvoir social* ».

Les sciences humaines et sociales étudient donc non pas le seul statut socio-professionnel, mais les effets des variations de compositions des trois capitaux (économique, culturel, social) sur la corpulence comme le déclare D. Vandebroek (11) « *La plupart des mesures de classe utilisées dans le cadre de la recherche sur les différences de poids restent ancrées dans une conception de structure sociale unidimensionnelle (l'image de l'« échelle sociale » qui ignore généralement les différences secondaires de goût enracinées dans la composition du capital plutôt que dans son volume).* » et constatent qu'un capital économique élevé ne protège pas du surpoids comme le relève T. de Saint Pol « *Ce sont cependant les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprise qui ont la corpulence moyenne la plus forte. Comme dans les autres pays européens, la population masculine*

française au capital économique élevé mais au niveau de diplôme plus faible se distingue donc avec une forte corpulence. »

Selon cette revue de littérature ce sont les classes sociales aisées dont le capital culturel (diplômes élevés, consommation de biens culturels fréquente etc...) prédomine sur le capital économique qui présentent une corpulence en moyenne la plus mince. D. Vandebroek (11) l'exprime ainsi : *« À mesure que l'on passe des patrons du commerce et des cadres du secteur public aux professions libérales puis aux enseignants du supérieur et aux producteurs culturels et artistes, la masse corporelle moyenne décroît de manière quasiment linéaire (avec une différence moyenne entre les employeurs et les producteurs culturels, ceteris paribus, de 6,8 kg), de même que la proportion des individus considérés « en surpoids » ou « obèses ». Cette proportion est presque deux fois plus grande chez les patrons du commerce que chez les artistes »*. Ces classes sociales aux capitaux culturel et social élevés travaillent pour la plupart dans les milieux éducatifs, culturels et des médias. Elles disposent donc de l'impact symbolique le plus élevé et imposent plus facilement leurs normes de corps idéal aux autres classes comme le décrit D. Vandebroek (11) *« Dotés de moyens de diffusion culturelle sans précédent, ces agents sont mus par leur volonté totalement sincère (voire quasiment missionnaire) de réduire l'écart entre « le corps qui est » et « le corps qui devrait être » qu'ils contribuent eux-mêmes à mettre en place. »*. Mais comment justifient-elles ces normes valorisant la minceur ?

Les articles qui étudient la production et l'imposition des normes sociales corporelles sont les articles n° : 17, 23, 28, 29 et 31.

3. La légitimation des normes sociales, quand la justification sanitaire se substitue à la légitimation esthétique.

Selon les articles de notre revue de littérature les normes de corpulence sont en premier lieu justifiées par leurs promoteurs en mettant en avant des considérations de santé plus qu'esthétique. Comme le rappelle P. Peretti-Watel (12) : « *Ce culte de la santé est également illustré par le fait que de nombreux agents sociaux, lorsqu'ils veulent défendre des intérêts moraux ou matériels qui n'ont au départ rien à avoir avec la santé, tentent de donner une dimension sanitaire à leur combat pour que leurs arguments aient plus de poids* ». Le surpoids et ses conséquences en termes de morbi-mortalité sont en effet difficile à remettre en question. Mais les auteurs de notre revue constatent que ces préoccupations sanitaires sont utilisées par une nébuleuse d'acteurs sociaux pour justifier ensuite des critères esthétiques. Comme nous l'explique JL Moreno Pestana (48) « *Sans la première raison – la légitimation sanitaire –, la seconde – la valorisation esthétique – semblerait futile et donc susceptible d'être contestée. Qui oserait résister aux diktats qui assurent s'ériger pour notre bien-être et notre santé ?* » C'est ce que certains sociologues nomment le « *fashion beauty complex* » qui réutilise le discours médical pour ensuite vendre de nombreux produits, amenant à une collusion d'intérêts entre ces divers agents sanitaires, industriels, pharmaceutiques et les pouvoirs publics. Paradoxalement, cela peut saper la légitimation sanitaire et entraîner la méfiance de certains ce que nous développerons davantage dans le chapitre consacré à l'analyse sociologique des représentations de l'obésité en médecine et la « *cacophonie alimentaire* ».

La légitimation de ces normes corporelles mobilise aussi les notions de **responsabilité individuelle** et de **moralité** de chaque individu. Dans notre société où sont valorisées la rationalité et l'anticipation des risques, le surpoids est perçu comme un échec personnel à se conformer aux normes sanitaires et donc un manque de maîtrise, de moralité de l'individu, comme le décrit par exemple D. Vandebroeck : *« la stigmatisation sociale attachée à la corpulence se distingue d'autres types de stigmatisation liés à des traits physiques tout aussi visibles (sexe, origine ethnique, âge ou handicap, par exemple) par le fait que l'on considère que le poids corporel dépend largement de la conduite individuelle et relève donc de la responsabilité personnelle, ou plus précisément d'un défaut de cette dernière ».*

Les articles qui reprennent cette théorie de la santé et de la responsabilité individuelle justifiant les normes corporelles esthétiques sont les n°: 4, 16, 19, 28, 29 et 30

4. Étude des profits symboliques et représentations sociales, facteurs d'adhésion ou de résistance aux normes corporelles.

Dans notre revue de littérature, 18 articles étudient ces représentations sociales corporelles et les profits symboliques du corps idéal. Ce sont les articles n° : 3, 4, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28 et **29**. L'article 29 de D. Vandebroeck (11) est celui qui étudie le plus en profondeur ces représentations sociales du corps. La méthode employée est principalement qualitative, via des entretiens semi dirigés.

Les sciences humaines et sociales utilisent le concept de « **profit symbolique** » pour expliquer l'adhésion ou la résistance de certaines catégories sociales aux normes corporelles dominantes. Elles décrivent que plus les agents sociaux considérés sont intégrés

professionnellement et socialement, et plus leur corps a un rôle ornemental dans la sphère sociale, plus ils retirent de profits à afficher un corps idéal comme le décrivent F. Régnier et A. Masullo (10) « *Dans ce cadre, plusieurs facteurs viennent éclairer l'importance que les femmes peuvent accorder au contrôle du poids et à la recherche de la minceur : l'appartenance sociale, mais aussi le type et le degré d'intégration, ainsi que l'intensité des liens sociaux. Inversement, les ruptures dans les trajectoires de vie peuvent être à la source d'une prise de poids et constituent un facteur freinant la mise en œuvre des recommandations en matière d'alimentation et de corpulence.* » Le plus symptomatologique étant le corps des artistes, acteurs et autres « professionnels de la représentation » qui doivent pour réussir afficher un corps « ornemental » svelte, symbole de la maîtrise des pulsions alimentaires et de « sophistication ». À l'opposé une femme pauvre, au foyer, éloignée du monde du travail et aux faibles capitaux culturel et social aura tendance à ne pas considérer l'investissement dans un corps « idéal/ornemental » comme rentable. Plusieurs raisons expliquent ce choix : il ne sera pas mis en valeur dans son cadre restreint où la maternité et les formes rondes attachées à la fécondité lui seront plus « utiles » et profitables ; l'injonction esthétique est plus faible une fois les enfants arrivés ce qu'explique D. Vandebroek (11) : « *De même les femmes des classes populaires [...] restent, par ailleurs, plus souvent confinées dans la sphère domestique avec ses propres sources de valorisation sociale (aussi limitées soient-elles), notamment liées aux tâches maternelles et à la façon dont un corps rond, généreux et nourricier est perçu comme une source positive de reconnaissance personnelle* ». De façon générale, la précarité sociale favorise une vision à court terme où les injonctions médicales à la minceur ne sont pas prioritaires et l'investissement dans un corps idéal paraît inutile au vu de sa faible « rentabilité immédiate » comme l'explique O. Schwartz cité dans l'article n°21 (10) « *Prendre soin du corps, de sa santé, de sa beauté, supposerait présentement contraintes et privations en*

fonction d'une amélioration à venir de l'image corporelle et de ses chances de valorisation. Mais c'est précisément cette relation entre sacrifices consentis et profits escomptés qui ne va pas de soi (...). Les efforts qu'il faudrait s'imposer alourdiraient un présent déjà difficile, alors que le type de futur anticipé qui les justifierait reste très problématique : valoriser l'image de soi, pour qui et pour quoi ? ». La corpulence et la réserve d'énergie qu'elle symbolise seront bien plus « profitables » dans la précarité et l'environnement social des personnes précaires, ce qui valorise d'autres représentations corporelles comme nous le verrons ensuite.

L'analyse des représentations sociales corporelles montre un net gradient selon le capital culturel et social, beaucoup plus que selon le seul gradient économique, comme le résume T. de Saint Pol (14) : *« Moins un individu est diplômé, plus il a de risques d'être obèse. Cette relation se retrouve de manière plus générale pour la corpulence »*. Les représentations sociales du corps des catégories sociales supérieures, et en particulier celles au fort capital culturel qui valorisent l'esthétique et la santé, favorisent des corps minces et sveltes, des corps « mondains », acquis et maintenu par une attention soutenue envers la corpulence, intégration parfaite du corps dans une hygiène de vie générale. Comme l'explique P. Lonchamps (15) : *« À mesure que l'on se dirige vers les classes supérieures, ce corps « docte » cède la place à un corps « mondain » qui, tel le rapport qu'entretiennent avec la culture cultivée ceux qui bénéficient du privilège d'un « apprentissage total, précoce et insensible, effectué dès la prime enfance au sein de la famille » (Bourdieu, 1979a : 70-71), « porte le moins les traces visibles de sa genèse » (ibidem : 73). Résultat d'une « hygiène de vie » largement héritée, ce corps mince sans autre antécédent que la minceur se présente sous les dehors du « naturel » ne réclamant aucun effort particulier. ». À l'inverse les représentations des classes populaires*

sur le corps expliquent pourquoi une plus grande proportion de personnes de forte corpulence peut être observée en bas de l'échelle sociale. Plusieurs motifs sont remarqués par les sociologues.

En premier les recherches constatent que le corps des membres des catégories sociales aux bas niveaux économiques et culturels remplit plus souvent une fonction professionnelle utilitaire. L'exemple le plus parlant est celui des ouvrier(ères)s et agriculteur(trice)s chez qui la conception instrumentale de leur « corps-outils » est prépondérante et les incite à tolérer, voire à valoriser, un corps corpulent symbole de force physique et de résistance (au froid et aux maladies), et ce malgré la mécanisation qui induit une baisse très importante des dépenses énergétiques nécessaires à leurs postes de travail. T. de Saint Pol(16) résume cette idée de la manière suivante, appliquée aux femmes : « *Plus le corps a un rôle instrumental direct dans l'activité, plus la corpulence de la Française est importante. Les agricultrices et dans une moindre mesure les ouvrières ont ainsi une corpulence beaucoup plus élevée que les autres femmes actives* ».

Chez les membres des catégories sociales pauvre économiquement mais plus dotés en capital culturel (par exemple des migrants ayant reçus une éducation secondaire dans leur pays d'origine ou des employés de service en bas de l'échelle professionnelle) notre recherche montre un désir d'appropriation des normes corporelles de minceur, mais qui se heurte à des considérations économiques de privation et entraîne une tension entre désir de minceur et son application concrète, comme le décrit P. Lonchamps (15) « *On a clairement affaire ici à une situation de pluralité dispositionnelle interne inassouvie (Lahire, 2001), qui résulte du « décalage ou [de] la disjonction entre ce que le social a déposé en nous et ce qu'il nous offre comme possibilité de mise en œuvre de nos dispositions et capacités diverses* » (p. 150). Et la

probabilité d'une telle pluralité inassouvie est sans doute particulièrement élevée lors de trajectoires sociales déclinantes, comme c'est le cas pour la famille Hamza dont les deux parents ont une formation universitaire mais qui vivent dans des conditions de grande précarité : faute de moyens économiques, cette mère ne parvient pas à actualiser pleinement ses dispositions ».

Notre recherche avance une autre explication, via les profits symboliques évoqués précédemment, celle d'une moindre « rentabilisation symbolique » de la minceur dans ces groupes sociaux, peu pourvus en capital culturel, social et économique. Cela amène, non pas à une ignorance de l'injonction de minceur mais à une pression sociale favorisant l'embonpoint par peur d'un rejet par l'entourage familial, dernier et maigre réseau social disponible. En effet les CSP- appliquent en priorité au corps, mais aussi dans d'autres domaines, des considérations très fonctionnelles, pragmatiques et peu esthétiques ; et les profits symboliques retirés par la minceur ne sont pas valorisés dans ces groupes sociaux. Et cela même en dehors des métiers physiques, car la minceur sera plus associée à la coquetterie et à la séduction qu'à la santé et apparaîtra donc aux membres de l'entourage proche comme une frivolité, un gâchis de ressource face aux autres contraintes du quotidien ce que résumant ainsi F. Régnier et A. Masullo (10) : « *En catégorie modeste – employés, ouvriers – et chez les plus démunis – chômeurs –, l'intégration est centrée sur un entre-soi constitué principalement par la famille. Dès lors, si les contraintes financières constituent sans aucun doute un frein à l'application de recommandations portant sur le contrôle du poids, le groupe d'appartenance constitue un facteur important [...] La minceur représente une mise à distance des valeurs du groupe d'appartenance et est dépourvue de sens. ».*

Les autres gradients pertinents relevés par les articles pour expliquer les représentations sociales et les profits symboliques différents sont des gradients selon le **genre et l'âge**.

5. Les représentations corporelles selon le genre

En effet, les sciences humaines et sociales constatent des différences de normes sociales de corpulences très nettes selon le genre des individus. Selon notre revue de littérature, les représentations sociales corporelles masculines favorisent la musculature et la grandeur et une certaine corpulence restera compatible avec ces injonctions. Ce point de vue est illustré ainsi par S. Carof « *les normes corporelles masculines sont plus tournées vers la musculature que vers la minceur, vers la grandeur que vers la petitesse. La corpulence peut en outre être utilisée comme un symbole de force physique, notamment lorsqu'elle est liée à une pratique sportive considérée comme masculine* ». Cela entraîne une meilleure acceptation du surpoids masculin, que la société tolérera jusqu'à un certain stade. Mais si le surpoids débouche sur l'obésité, cela n'est plus toléré ; l'obésité masculine est toujours réprouvée socialement car associée à une certaine mollesse, témoin d'un manque de vigueur et donc de virilité. Enfin il persiste des RS masculines associant corpulence et réussite sociale (même si l'association entre le gras et la richesse est de moins en moins bien perçue socialement) comme le signale O. Lepiller (50) : « *alors que chez les hommes on trouve aussi une obésité « distinguée » associée aux statuts sociaux aisés (prestige historique de l'embonpoint des hommes d'affaires), celle-ci n'a pas d'équivalent féminin* » .

À l'inverse les femmes sont soumises, dans un rapport de domination que les sociologues analysent comme encore très favorable aux hommes, à une association forte

entre la minceur et la beauté dans une société où leurs rôles professionnels sont encore très réifiés, voire érotisés dans certains domaines (hôtesse d'accueil, services de luxe, publicités diverses etc...) ce qui requiert des corps ornementaux minces et séduisants (11) comme le décrit D. Vandebroek : *« celles comprenant une large part du « travail goffmanien », c'est-à-dire des métiers centrés sur le travail de « vitrine », de présentation et de représentation (réceptionnistes, secrétaires, etc.) qui exigent un investissement particulier dans l'apparence et le maintien »*. La minceur est aussi très valorisée comme critère moral (de maîtrise de soi, de volonté forte). Le corps des femmes est donc l'objet d'un réel enjeu social très intriqué avec l'intégration professionnelle et l'ascension sociale comme l'évoque notamment F. Régnier (8) : *« Les investissements faits en matière de présentation de soi entraîneraient également des profits matériels car dans la vie professionnelle, le corps et l'apparence des femmes sont plus souvent mis en jeu que pour les hommes [...] À l'inverse, les femmes sans activité professionnelle du fait notamment d'un certain repli sur la vie domestique et les ouvrières ont une corpulence réelle élevée »*.

Du fait donc de « profits » plus importants associés à la minceur chez les femmes que chez les hommes, notamment dans le monde professionnel, le gradient social féminin est plus fort, à catégories socio professionnelles égales : les femmes sont plus minces que les hommes en haut de l'échelle sociale et plus corpulentes en bas de l'échelle comme le démontre T. de Saint Pol (14) : *les situations sont en réalité très différentes selon le sexe : la prévalence de l'obésité chez les ménages les plus modestes (premier quartile) est de 10 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes, alors qu'elle est respectivement de 9 et 6 % chez les plus aisés (dernier quartile). La différence observée vaut donc surtout pour la population féminine »*. Cette surreprésentation féminine de la forte corpulence en bas de l'échelle sociale s'explique soit par un rejet des hautes sphères par « manque de capital minceur » soit par de plus grands

profits symboliques de la corpulence dans certaines catégories sociales défavorisées (précarité, maternité, association à l'abondance, représentations sociales différentes du corps outils etc.)

Les articles qui étudient les représentations sociales corporelles selon le sexe sont les articles n° : 2, 5, 6, 7, 9, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36 et 38.

Enfin, les SHS montrent que **l'âge** fait basculer les nécessités de l'esthétique vers le médical, quelle que soit la catégorie sociale, mais surtout chez les femmes, pour non plus séduire, mais garder un corps fonctionnel et continuer à prendre soin de sa famille (notion anglo-saxonne de « care »). L'article de O. Lepiller (50) sur le recours à la chirurgie bariatrique l'évoque ainsi : *« Le couplage entre la norme de maîtrise de la corpulence et de l'alimentation et l'injonction au care, dans un contexte de confrontation au vieillissement et de changement dans les rôles familiaux apparaît ainsi susceptible de prendre le relais du couplage entre cette norme et l'injonction esthétique. »*. Les représentations sociales du corps basculent donc à nouveau vers une « minceur de maintien en forme » pour les séniors, surtout les femmes, quelle que soit la catégorie sociale. Face à l'injonction de s'occuper des autres qui persiste en étant plus âgé, il faut « bien vieillir ».

Les articles qui constatent une différence de représentations corporelles selon l'âge sont les articles n° : 7, 20, 23, 25, 30, 36, 37 et 38.

6. Le corps idéal comme marqueur de classe :

Ces RS corporelles différentes démontrent une attitude au corps très différente selon les groupes sociaux. Elles sont très étudiées dans notre revue de littérature, les SHS postulent que le corps est un marqueur de distinction sociale, comme le postule par exemple F. Régnier (43) : « *le corps participe-t-il d'un processus de distinction, les techniques d'entretien du corps – modes d'alimentation, exercice corporel, etc. – se diffusant du haut vers le bas de la hiérarchie sociale ?* » Ainsi chacun, via son corps présenté comme « une carte de visite » montre immédiatement s'il a maîtrisé les normes d'apparence sociale édictées par les catégories dominantes ; notamment pour la norme de la corpulence, affichant ainsi un indice de la catégorie sociale à laquelle il appartient. Cette hypothèse du corps « objet de distinction sociale » est reprise par de nombreux articles de notre revue : comme chez T. de Saint Pol (37) : « *Le corps et ses formes représentent en effet, depuis longtemps, un enjeu de distinction sociale, dans la mesure où ils donnent à voir aux autres le statut que nous occupons dans la société.* », ou encore D. Vandebroek (46) : « *sans nier que les différences de corpulence sont soumises à une variation génétique, l'analyse suggère que les mécanismes sociaux – en l'occurrence la logique de distinction – parviennent à fixer des limites efficaces à cette variation.* »

Les articles qui reprennent la théorie du corps comme marqueurs de distinction sociale sont les : n° 2, 5, 6, 8, 16, 18, 21, 22, 23, 30, 33 et 37

7. Les conséquences sociales du corps gros :

Du fait de ce processus de distinction sociale et des valeurs morales négatives associées à la forte corpulence, une discrimination importante est relevée dans notre revue de littérature envers les obèses. Selon T. de Saint Pol (37). *« Le temps passé au chômage augmente également avec la corpulence en France, ainsi que la difficulté à retrouver un emploi. Cette stigmatisation est observée dans toutes les dimensions de la vie sociale, certaines populations cumulant ainsi des handicaps liés à leur santé, des handicaps sociaux, sur le marché du travail par exemple, et même des handicaps psychologiques liés à une mésestime de soi, toutes ces dimensions interagissant les unes avec les autres »*. Cette discrimination, contrairement à d'autres fondées sur d'autres caractéristiques (couleur de peau, préférence sexuelle, etc.) est encore très tolérée socialement. Partant du constat que l'obésité entraîne un isolement social plus important, une augmentation des inégalités de santé, d'emploi et de ressources notamment, les sociologues s'interrogent sur les mécanismes sociaux de ces discriminations. Les politiques de santé publique et les acteurs médicaux sont aussi étudiés pour leur rôle potentiellement stigmatisant et donc aggravateur de discrimination. Leur postulat majoritaire est qu'une forte corpulence entraîne souvent une descente dans l'échelle sociale. Toujours selon un modèle complexe, la forte corpulence constitue nettement un handicap social qui seul ou associé à d'autres handicaps et une inégalité des genres surajoutée, provoque une dégradation forte des capacités d'insertion sociale et de réussite. Cela est résumé ainsi par JL Moreno Pestana(48) : *« Par les préjugés qu'il éveille, l'embonpoint appauvrit ; il discrimine à l'école et au travail ; il stigmatise et génère rabaissement et angoisse de l'exclusion. Ainsi, l'idéologie de la minceur se conjugue-t-elle avec le mépris de classe et l'oppression de genre [...] On peut supposer que les gros subissent des préjudices (professionnels, scolaires, psychologiques) qui n'empoisonnent pas la vie d'autres « malades » »*. Cette théorie de l'obésité « handicap social » est reprise par les articles suivants : n°1, 2, 28, 29, 32 et 33

C. L'ALIMENTATION EN SOCIOLOGIE : NOMBREUX IMPACTS SOCIAUX ETUDES

L'Homme ne mange pas que des aliments, mais aussi des symboles, de l'imaginaire

(J.P. Corbeau & J.P. Poulain, 2002)

1. Introduction : l'alimentation, un thème central des questionnements en SHS sur l'obésité

Dans notre revue de littérature, sur 40 articles sélectionnés, 34 abordent soit entièrement soit partiellement l'aspect alimentaire de l'obésité. Il s'agit donc de la majorité des articles et d'un axe majeur dans la recherche des SHS sur l'obésité.

Ce sont les articles n° : **1**, 2, 3, 4, 5, 6, **7**, 8, 9, 11, 13, **15**, 16, **17**, **18**, 19, **20**, **21**, **22**, **23**, 24, **26**, **27**, 28, 30, 31, 32, 34, 35, **36**, **37**, **38**, 39 et 40. Les numéros en gras indiquent les articles avec l'alimentation comme thème principal. Les articles qui ne l'abordent pas sont donc au nombre de 6 (articles n° 10, 12, 14, 25, 29 et 33).

Comme l'affirme Claude Grignon(51), la sociologie de l'alimentation analyse, de façon similaire aux champs des représentations sociales corporelles, la création, la diffusion et l'imposition des normes alimentaires ainsi que les résistances qu'elles suscitent : « *Le sociologue demeure dans son rôle, dans le cadre de son métier et de la vocation de sa discipline lorsqu'il veut connaître les fonctions sociales de la diffusion et de l'imposition des normes alimentaires, lorsqu'il cherche en quoi des normes en provenance de cette espèce particulière de culture savante qu'est la culture scientifique font partie de la culture dominante et*

contribuent à sa domination, en quoi elles s'opposent aux savoir-faire, aux savoir-vivre, aux modes de vie propres aux classes et aux cultures populaires et les contrarient. »

Cette discipline adopte donc en premier une grille de lecture par classes sociales qu'elle sépare par la répartition des capitaux (économique, culturel et social) au sein de ses classes. À cette analyse par la compréhension des influences interclasses entre normes dominantes et dominées sur les individus, elle ajoute aussi un questionnement sur les effets du système alimentaire français. Et notamment des effets sociaux de nos alimentations latines « plaisir et commensale » par rapport à l'alimentation « nutritionnelle individualiste » des pays anglo-saxons. Enfin, elle aborde beaucoup l'alimentation via le prisme du genre (féminin ou masculin).

2. L'impact du modèle alimentaire français

Les articles qui analysent l'impact du modèle alimentaire français sur l'alimentation sont les articles n° : 22, 26, 27, 36 et 38

Le modèle alimentaire français, axé autour des trois repas quotidiens où sont présentés plusieurs plats successifs et de la **commensalité** (manger tous ensemble à une même table), associé à un synchronisme de prise des repas à l'échelle de la population française, est très étudié dans notre revue de littérature. Les SHS se posent plusieurs questions. La première est de savoir quelle dimension est la plus importante dans notre modèle alimentaire français et la réponse est très nettement le plaisir et non la nutrition ! En effet, selon T. de Saint Pol (52):

« Les Français apparaissent comme ceux qui privilégient le plus la dimension de plaisir dans

leur alimentation et le moins les questions de santé, en revanche fortement privilégiées par les Américains notamment (Rozin et al., 1999). Ainsi, si l'alimentation aux États-Unis est pensée avant tout en termes nutritionnels, c'est beaucoup moins le cas en Europe, et en particulier en France, où prédomine l'importance des repas partagés et conviviaux, marquée par la sociabilité et le plaisir (Fischler, Masson, 2008). »

Les sociologues se demandent ensuite si ce modèle est encore prépondérant de nos jours. Et les auteurs, notamment A. Lhuissier et al.(53) répondent par l'affirmative « *Nos résultats confirment que le modèle des trois repas reste fortement ancré dans les habitudes* ». Ce modèle est néanmoins soumis à de fortes pressions et les auteurs constatent une diminution des temps passés à table, du temps de préparation des repas et du nombre de plats servis, mais sa pérennité en tant que norme sociale n'est pas remise en cause.

Puis vient la question de l'impact de ce modèle alimentaire sur la corpulence et l'obésité. Ainsi selon V. Adt(54) « *la transmission d'un modèle commensal [est] susceptible de jouer un rôle préventif contre le surpoids et l'obésité (Adt et Fischler 2006, 2007 ; Fischler et Masson 2008 ; CREDOC, 2010) »*

Pour T. Fournier et J. P. Poulain(55), il faut néanmoins différencier la commensalité festive, qui aurait un impact négatif sur le suivi des recommandations diététique, de la commensalité ordinaire : « *Les effets contre-productifs de la commensalité festive à l'égard du suivi de la prescription diététique se donnent à voir de manière relativement explicite* ». Cette commensalité ordinaire, quotidienne est d'impact variable selon les milieux sociaux et les auteurs constatent qu'elle a un impact plutôt positif sur les bonnes pratiques alimentaires si l'on dispose d'un bon capital culturel et social et inversement elle peut s'avérer négative si

l'entourage n'adhère pas aux recommandations ce qui survient davantage en cas de faible capital culturel.

L'étude d'A. Lhuissier et al (20) montre aussi que la composition du ménage (célibataire, en couple sans ou avec enfants) a un impact fort sur l'application du modèle français à trois repas : *le fait de prendre trois repas par jour pourrait être lié dans une certaine mesure à la présence d'un partenaire et au sentiment de « faire famille »* Mais aussi, toujours selon cette étude (20) au genre et à la position sociale : *« les résultats soulignent l'influence du sexe sur la fréquence des repas. Alors que les femmes sont plus susceptibles de faire trois repas quotidiens et les hommes plus nombreux à en prendre deux, nous observons que faire deux repas par jour est significativement lié pour les femmes à l'effet d'une vulnérabilité économique et sociale »*

En résumé si le modèle alimentaire français imprègne encore une grande part des mangeurs vivant dans l'hexagone il ne « protège » de l'obésité que sous certaines conditions sociales que nous développerons sous l'angle des représentations sociales alimentaires

3. L'analyse des représentations alimentaires par catégories sociales.

Selon P. Peretti-Watel (56): *« nos habitudes alimentaires ont des fonctions sociables et symboliques qui sont solidement ancrées dans des « arts de boire et de manger » propres à chaque milieu social »*. Dans notre revue 23 articles analysent les RS alimentaires selon les différents capitaux répartis dans l'échelle sociale : capital économique, capital culturel et capital social. Ce sont les articles n° 1, 3, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27,

32, 34, 35, 36, 37 et 38. Parmi ces 23 articles, mis à part l'article n°35, les auteurs retrouvent tous une différence d'alimentation selon les classes sociales.

a) L'alimentation des classes aisées : la diététique au service de la santé et de la minceur dès le plus jeune âge.

Les caractéristiques de l'alimentation des classes aisées, relevées par les sociologues (A. Lhuissier, F.Regnier, A. Masullo, P. Lonchamps notamment) lors de leurs entretiens sont celles d'une homogénéité des pratiques alimentaires. Les aliments valorisés, les critères définissant un « bon repas » sont similaires au sein de ce groupe social. Les différents mangeurs réunis autour d'une même table consomment les mêmes plats. La nourriture valorisée comme bonne l'est selon des critères de santé autant que gustatifs. Ainsi selon F. Régnier et A. Masullo(44) « *Interrogés sur leurs goûts au quotidien, les individus de catégorie aisée établissent immédiatement une relation entre ce qu'ils déclarent aimer manger, la santé et la ligne, souci de santé et souci de minceur étant souvent mêlés* ». Aussi dans un cadre familial, enfants et parents vont majoritairement consommer ensemble les mêmes aliments selon le modèle traditionnel français des trois grands repas associés à un goûter. Cette « diététique faite corps » repose sur une vision et un investissement dès le plus jeune âge dans la minceur qui est associée à la bonne santé et qui permet d'assurer aussi une bonne réussite sociale via la distinction sociale qu'elle offre. Enfin, l'alimentation extra-familiale comme les cantines scolaires ne suscite pas de résistance, mais permet au contraire d'asseoir les principes diététiques enseignés à la maison, comme l'explique P. Lonchamps(57) : « *C'est tout un rapport au monde qui se manifeste au travers de cette attitude des parents de classes moyennes et supérieures à l'égard de l'alimentation extra-familiale de leurs enfants. Et l'on voit que, de manière générale, s'ils sont aussi prompts à externaliser l'alimentation de leurs*

enfants, ça n'est pas seulement parce qu'ils en ont les moyens économiques ; c'est aussi parce qu'ils savent que les professionnels de l'enfance contribuent le plus souvent à renforcer les principes éducatifs et diététiques qu'ils cherchent eux-mêmes à inculquer à leurs enfants. ».

Le régime est très pratiqué au sein de ces classes élevées, mais il correspond plus au sens préventif que lui donne la médecine : la diététique (DIAITËTIKË en grec ancien signifiant hygiène de vie). Il s'agit donc d'un contrôle permanent des quantités et qualités nutritionnelles des aliments ingérés pour maintenir un poids stable et non d'une restriction alimentaire temporaire, visant une perte de poids. Ce mode de régime restrictif étant néanmoins adopté rapidement si besoin dès l'apparition d'un faible écart à la norme pondérale en vigueur. S. Carof (58) l'évoque ainsi : « *Les individus des classes supérieures ont tendance à faire plus de régimes que ceux des classes populaires (Williams et al., 2011) et à les percevoir dans une visée plus préventive que curative (Boltanski, 1971 ; Depecker, 2010 ; Wardle & Griffith, 2001).* ».

Signalons que, selon cette littérature, les classes supérieures n'ont pas des pratiques alimentaires absolument uniformes. Parmi les classes aisées, la frange la mieux pourvue en capital culturel est celle qui applique le mieux la diététique saine prônée par la médecine. L'âge et l'intégration sociale ont aussi un effet sur l'alimentation dans ces classes sociales. Ces effets seront développés ultérieurement.

B) *L'alimentation* des classes moyennes : mimétisme et désir d'ascension sociale les font copier les classes aisées.

Les SHS constatent que les pratiques alimentaires des classes moyennes sont très similaires à celles des classes aisées. Elles y adhèrent par désir d'intégration et d'ascension sociales de ces catégories via notamment une domination symbolique qui s'exerce par le travail ou la fréquentation des classes aisées comme le décrit P. Lonchamps(57) : « *Car bien qu'elles connaissent des conditions de vie proches de celles des ouvrières, ces employées du tertiaire s'en distinguent pourtant en matière de corpulence et d'adhésion aux normes diététiques, du fait que leur position sociale « les conduit notamment à entrer en contact avec des membres de groupes sociaux supérieurs » ».*

Selon Régnier et Masullo (9) ces catégories sociales intermédiaires sont écartelées entre l'adhésion aux normes des classes dominantes, plus « rentables » et vectrices d'ascension sociale, et celles des catégories populaires, plus accessibles à leurs représentations. Cela fait qu'elles se répartissent donc dans deux « sous catégories » distinctes : « *Pour ce qui concerne les échelons intermédiaires[...] Ils ne se contentent pas d'être intermédiaires et ne constituent pas un groupe homogène, mais clivé : une partie sous pression normative, faisant preuve de bonne volonté, et une catégorie populaire plus critique. »*

Il apparaît néanmoins que les études sur les pratiques alimentaires de ces classes moyennes sont souvent peu développées par rapport à l'intérêt des sciences humaines et sociales pour les deux pôles sociaux que sont les classes supérieures et inférieures et qui bénéficient d'une analyse plus fournie dans cette revue de littérature. La plupart des auteurs les regroupent avec les classes supérieures dans leurs analyses des représentations sociales alimentaires.

C) *L'ALIMENTATION DES CLASSES POPULAIRES : DES PRATIQUES HETEROGENES QUI RESISTENT AUX NORMES DOMINANTES.*

Selon notre revue de littérature, les catégories populaires se caractérisent par une grande hétérogénéité de leurs pratiques alimentaires vis-à-vis des autres classes sociales.

La première différence en ce qui concerne leur alimentation porte sur la prédominance du goût et de l'énergie apportée comme critères de bonne alimentation comme l'énonce P. Perreti-Watel (56): « *Ainsi, dans les classes populaires, ces habitudes sont marquées par une préférence pour les aliments gras, salés, nourrissants, qui restaurent la force physique (charcuterie, pain, plats mijotés comme le pot-au-feu, ou encore viande rouge, cet « aliment muscle » qui fortifie celui qui la mange)* ». Les classes populaires privilégient donc l'hédonisme alimentaire, consommant, parfois en pleine connaissance de cause, des aliments souvent délétères pour la santé, typiquement des nourritures grasses, sucrées et salées. Bien qu'ayant considérablement diminué, la dépense énergétique induite par le travail et à compenser par les apports alimentaires reste très présente dans l'imaginaire des classes populaires et favorise ces nourritures grasses comme l'énonce ici J.P. Corbeau (59): « *des catégories populaires qui expriment des préférences pour un « nourrissant consistant » [...] La dimension calorique de l'aliment est revendiquée comme une « stratégie » fournissant au « corps instrumental » (modèle du « travailleur de force ») un combustible nécessaire à l'activité sociale, elle-même condition de l'existence sociale* ».

Dans ce contexte le mauvais goût et l'apport énergétique faible attribués aux légumes et aux fruits sont des freins majeurs à leur consommation que leurs bénéfices sur la santé ne parviennent pas à surmonter comme le relève F. Régnier (60): « *Dans les catégories modestes, si l'on reconnaît l'importance des fruits et légumes sur la santé, les individus*

soulignent souvent qu'ils les apprécient peu, du point de vue du goût. Dès lors, fruits et légumes sont moins souvent consommés : « ce n'est pas parce que l'on dit reconnaître le bénéfice de leur consommation sur la santé qu'on a plaisir à en manger ». ».

À cet hédonisme alimentaire, les sociologues associent le concept de **revanche sociale**, définie comme une tentative de compensation des manques par l'opulence dans la consommation alimentaire. En effet pour les classes populaires, acheter des marques et des produits de l'industrie agroalimentaire réconcilie avec la société de consommation dans un de ses domaines les plus accessibles financièrement, générant une grande satisfaction immédiate comparée à d'autres produits moins nécessaires et plus onéreux. Ainsi selon JP Corbeau(59) *« Manger des viandes, améliorer la quantité et la qualité des boissons alcoolisées – sauf interdits religieux –, consommer des « marques » signifiant la modernité sont des moyens de reconnaissance et d'inclusion sociale au sein de parcours familiaux où les parents ne mangeaient pas toujours à leur faim, et rarement les produits désirés auxquels accédaient des catégories supérieures à la leur. »*

Concernant l'enfance, les classes populaires associent une alimentation riche et une forte corpulence chez l'enfant à la santé. De plus, au-delà de la fierté de bien nourrir son enfant, les sociologues notent une forte liberté laissée aux enfants, citons F. Régnier(60) *« Dans les catégories modestes, la priorité est que les enfants mangent, et qu'ils mangent ce qui leur plaît. »* (44) *« Dès lors, ce qui inquiète les mères, ce n'est pas qu'un enfant mange trop, voire qu'il soit en surpoids, mais qu'il ne mange pas »*. Liberté qui s'inscrit dans une représentation de l'enfance comme période de faible contrainte, dont l'enfant doit profiter au maximum avant d'affronter les difficultés inhérentes à l'âge adulte.

Mais ces rondeurs enfantines sont ensuite déconsidérées chez certains adultes et amènent souvent à des repas différenciés : parfois les plats présentés à la table d'une même famille seront différents entre les enfants et les adultes, mais aussi souvent entre la mère et le père. Phénomène que l'on retrouve peu dans les classes moyennes et supérieures. Ce constat est partagé par de nombreux sociologues notamment A. Masullo, F. Régnier et aussi P. Lonchamps(57) : *« On retrouve donc dans le domaine de la corpulence une des caractéristiques majeures des classes populaires, à savoir une certaine hétérogénéité intrafamiliale : alors que le principe de l'abondance alimentaire vaut pour les enfants, ce sont au contraire les principes de modération et de contrôle qui semblent s'appliquer aux parents, et tout particulièrement aux mères. »*

Les classes populaires se caractérisent aussi par une méfiance vis-à-vis de l'alimentation extra-familiale, notamment les cantines scolaires, comme le retrouve P. Lonchamps(57) : *« Tout se passe en effet comme si à l'opposition entre les nourritures saines et malsaines des classes moyennes et supérieures, répondait celle entre les nourritures intra- et extra-familiales des classes populaires. »* Devant l'absence de goût, les plaintes des enfants et les reproches des professionnels de l'enfance, les mères des familles populaires, principales responsables de l'alimentation des enfants, les retirent facilement de ces structures. Si ce retrait est souvent justifié par des contraintes économiques, les entretiens avec les mères révèlent qu'il est aussi une critique de la qualité de l'alimentation qui y est proposée. Sa supposée fadeur et les quantités servies jugées trop faibles heurtent souvent les représentations sociales alimentaires des parents. C'est enfin une façon de renforcer la valorisation d'une partie des mères de classes populaires qui rechignent à se voir retirer leur rôle nourricier, qu'elles perçoivent comme leur principale source de profits symboliques.

Ces classes populaires se caractérisent par un rapport au régime (restriction alimentaire) spécifique, car le rapport entre santé et restriction alimentaire s'y établit autrement. Un régime peut-être mis en place pour des raisons de santé, non pas à long terme et préventif pour limiter les facteurs de risques, mais plus comme une aide au retour à la normale quand survient une maladie comme le précisent F. Régnier et A. Masullo (45): « *Dans les catégories modestes, le régime – entendu plus souvent exclusivement comme l'interdit ou la suppression de certains aliments – relève du curatif et du remède ponctuel.* ».

Plus qu'à visée curative, le régime est surtout mis en place dans ces catégories sociales dans un but esthétique, là aussi pour une durée temporaire (jeunesse et désirs de séduction) et ne sera plus perçu comme « utile » par la suite. Car d'autres priorités, liées à la précarité financière de ces milieux et aux contraintes professionnelles différentes reposant moins sur l'esthétique que sur le rôle instrumental du corps, viendront vite supplanter l'injonction au régime et à la minceur. (cf partie IV / B/ 4)

Notons que les classes populaires décrites précédemment sont les classes populaires « stable dans la pauvreté » ou encore selon les sociologues les fractions faiblement pourvues en capitaux économiques et parfois culturels mais possédant souvent un bon capital social. Le critère discriminant étant souvent leur ancienneté de résidence. Leur ancrage social leur assure un meilleur accès à l'emploi et une bonne compréhension des leviers d'entraide disponibles leur permet d'éviter la grande précarité où les revenus disponibles et les capitaux utilisables sont très variables dans le temps.

L'autre population précaire « instable dans la pauvreté » est une fraction des classes populaires souvent décrite dans notre revue (selon F. Régnier, A. Masullo et P. Lonchamps notamment) comme d'immigration récente et référencée comme très faiblement pourvue en

capitaux économique et/ou culturel mais aussi désinsérée socialement et ne pouvant donc pas « rentabiliser » leurs faibles capitaux. Pour ces classes très précaires, la gestion de la pénurie au quotidien est la priorité. L'alimentation est donc une alimentation de survie, un devoir à assurer en permanence, où la peur du gâchis alimentaire prédomine sur toutes autres considérations. Elle sera donc très éloignée des recommandations et complètement contrainte par l'aspect financier et de stockage des approvisionnements. Cette alimentation est décrite ainsi par F Régnier et A. Masullo (9): « *Dans ce contexte, la conformité aux normes nutritionnelles ne fait pas partie des préoccupations premières, qui relèvent de la gestion d'une forme de pénurie, du poids des tâches domestiques et d'une faible intégration sociale* ».

Toutes ces représentations sociales ne démontrent pas une absence de rationalité de la part des personnes les moins éduquées, mais plutôt un mode de rationalité alternatif qui découle d'une préférence pour le court terme. C'est un choix quasi épicurien privilégiant le plaisir alimentaire immédiat, décrit comme un « pari sur l'absence de long terme » par C. Grignon étant donné l'espérance de vie réduite perçue par ces groupes sociaux (51) : « *l'intérêt que l'on a à se restreindre, à se priver du plaisir procuré par les aliments déconseillés pour vivre plus longtemps dépend de l'espérance de vie que l'on a et de l'évaluation que l'on en fait, de l'exposition à d'autres facteurs d'abrègement de la vie (antécédents médicaux, conditions de travail, etc.). Plus l'espérance de vie est réduite, comme c'est le cas dans les classes populaires, et plus on a intérêt à profiter du présent, quitte à la réduire encore, et à adopter des comportements déraisonnables, et pourtant rationnels* ».

Ces pratiques alimentaires différentes, basée sur une appréciation forte du goût et du plaisir procuré par certains aliments, renforcées par la peur du manque et l'association entre rondeur et santé, mais aussi par le sentiment de revanche sociale que procure la

consommation de produits de marque et enfin le rôle nourricier fort que revendiquent les mères est à l'origine de la distanciation, de la « résistance » des classes populaires vis-à-vis des normes dominantes. Car ces normes n'ont de sens que dans la durée, la stabilité à long terme, donc dans le cadre des populations plus favorisées dont l'existence est moins incertaine. Dès lors, elles seront perçues par les autres classes sociales défavorisées comme imposées verticalement et ne seront pas mises en pratiques, selon de nombreux sociologues de notre revue. Citons notamment Regnier et Masullo (9) : « *En milieu modeste, à l'inverse, il y a une forte distance entre les normes, les pratiques quotidiennes d'alimentation et d'entretien du corps, et les représentations collectives qui leur sont associées. De là des résistances et des rejets plus fréquents des recommandations, perçues comme une imposition extérieure.* »

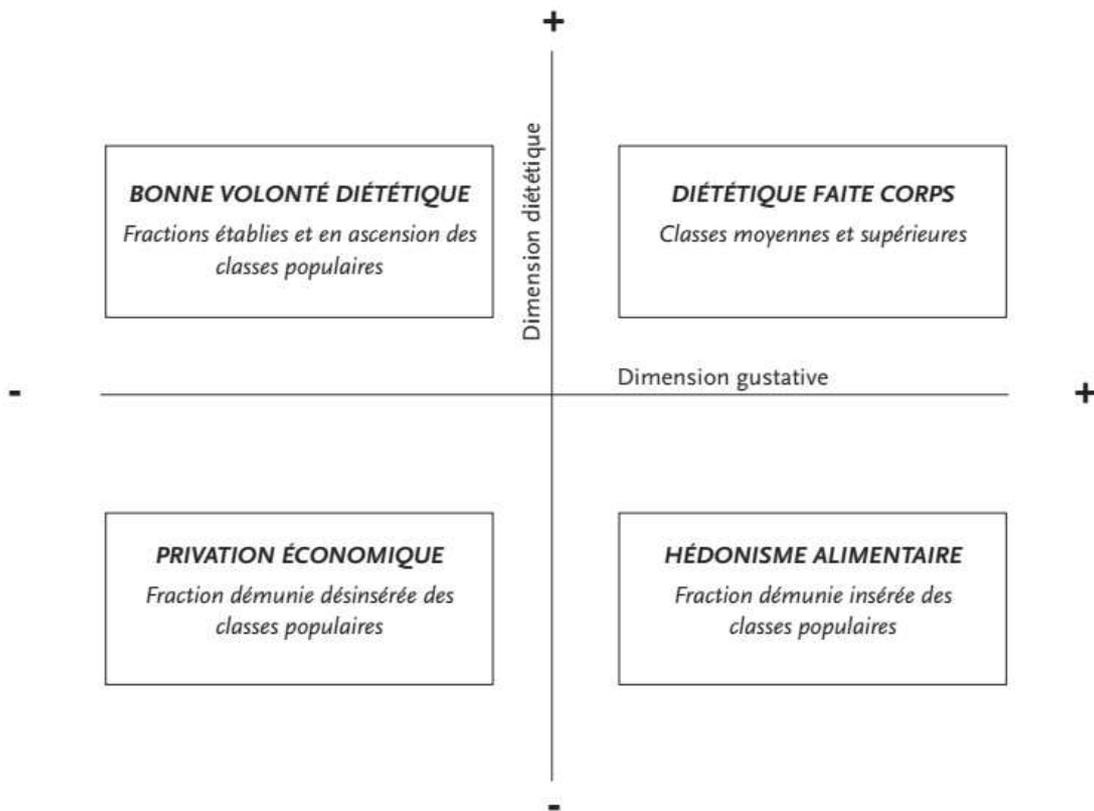


Figure 4: espace des rapports à l'alimentation selon P. Lonchamps (57)

4. L'alimentation et l'intégration socio-professionnelle

Quel est le lien entre l'isolement social et l'alimentation ? Dans notre revue, 14 articles abordent partiellement ce thème et plus fortement pour 3 articles surlignés en gras et référencés ainsi dans notre revue : n°1, 4, 6, 7, 15, **17**, 18, 19, 20, 21, **26**, 27, 30 et **38**.

La majorité des articles constatent un lien fort entre une bonne intégration sociale et/ou professionnelle et une bonne alimentation respectant le modèle des trois repas. De même les familles respectent davantage ce schéma que les couple sans enfants et encore plus que les célibataires. Une personne isolée a plus de chance de présenter une alimentation déstructurée comme l'énonce A. Lhuissier(26) : *« Ainsi, la déstructuration partielle de la vie conjugale et familiale s'accompagne de la déstructuration de la pratique culinaire et alimentaire, où les sauts de repas apparaissent avec le départ du mari (décès ou séparation) et s'intensifient avec celui des enfants »* En effet une mauvaise intégration sociale et/ou professionnelle (chômage) provoque souvent l'ennui et le désœuvrement qui ont aussi un impact fort sur la déstructuration alimentaire. C'est ce que rapportent notamment F. Régnier et A. Lhuissier (27) *« Ces formes de déstructuration alimentaire ont pour corollaire une alimentation "compensatoire". Les femmes rencontrées ont pour point commun l'ennui, qu'elles tentent de fuir chacune à leur manière (s'activer dans des associations, dormir, regarder la TV, s'occuper des petits-enfants), mais toutes s'accordent à penser que ce sont ces temps morts qui les rongent et qu'elles compensent en mangeant. »*

5. L'alimentation est-elle dépendante du genre ?

Dans notre revue de littérature, de nombreux auteurs s'interrogent sur les différences d'alimentation qui existent selon le genre. Nous avons référencé 22 articles sous les n° : 2, 5, 6, **7**, 9, 15, 17, 18, **20, 21, 22, 23**, 24, 27, 28, 29, **30**, 32, 33, 34, 36, 38 et 40. Les numéros en gras indiquent les articles centrés sur le thème du genre.

En effet, l'obésité touche les hommes et les femmes dans des proportions quasi égales (environ 15 % d'obèses en France, source cohortes Constance 2016), mais n'est pas répartie de la même façon pour les deux sexes dans l'échelle sociale. Le surpoids est lui nettement plus masculin (41% des Français et 25,3% des Françaises sont en surpoids, source cohortes Constance 2016). Ce surpoids est réparti de façon plus homogène dans les différentes classes sociales masculines, mais encore nettement plus corrélé à la pauvreté chez les femmes.

Pour les hommes, la catégorie sociale et le capital économique ne sont pas déterminants, c'est plutôt le capital culturel qui est discriminant. Ainsi les patrons de commerces ou de petites entreprises, hommes de catégories aisées au capital économique prédominant sur le culturel, sont-ils autant en surpoids et obèse que les ouvriers ou les chômeurs comme l'explique D. Vandebroek (11) (étude sur la population belge) : « *Si par exemple, les ouvriers non qualifiés ont en moyenne la plus forte masse corporelle, leur corpulence ne diffère pas significativement de celle des patrons du commerce, parmi lesquels on relève même une plus grande proportion d'hommes présentant une surcharge pondérale (74 % contre 48 % des ouvriers non qualifiés)* ». À l'inverse, les classes moyennes ou supérieures au capital culturel prédominant sont celles qui regroupent le moins d'hommes en surpoids ou obèse.

Les femmes ont, selon notre revue de littérature, une répartition du poids très linéaire dans l'échelle sociale, totalement proportionnelle au capital tant économique que culturel. Chez les femmes les plus aisées la fréquence de l'obésité est faible et le surpoids aussi nettement inférieur par rapport aux autres catégories sociales. Les femmes en surpoids, obèse et même en obésité morbide se retrouvent en proportion nettement plus forte dans les catégories populaires ou précaires au faible niveau de vie. Selon F. Regnier (8) : « *Si on fait une régression logistique du risque d'obésité par l'âge, l'éducation, le revenu et la zone d'habitation, les moins diplômés comptent significativement plus d'obèses que la moyenne, mais plus nettement chez les femmes, et le niveau de vie exerce un léger effet propre sur l'obésité féminine, les femmes du quatrième quartile de revenu [quartile le plus aisé] comptant moins d'obèses.* » et aussi selon T. de Saint Pol (2): « *En France, le lien entre obésité et pauvreté vaut ainsi surtout pour les femmes ; on constate que les femmes les moins bien payées, ou vivant dans les milieux les plus défavorisés, sont les plus corpulentes. Alors que pour les hommes, une forte corpulence peut aussi aller de pair avec un statut social ou un revenu élevé.* » Les sciences humaines et sociales s'interrogent donc sur les mécanismes sociaux à l'origine de la concentration des femmes corpulentes en bas de l'échelle sociale et de la tolérance relative de notre société envers le surpoids des hommes aisés. Leur analyse révèle que ces mécanismes sont liés à des rapports de dominations différents selon les genres comme développé dans notre partie IV/ B) 4) et comme l'affirme D. Vandebroek(11) : « *les femmes occupant des positions sociales dominées sont les personnes les plus affectées par la dévalorisation de leur propre capital physique. Ce n'est d'ailleurs pas vraiment surprenant puisque les femmes en général sont les premières cibles d'un « marché légitime pour les propriétés physiques ».* ».

Cette injonction à la minceur, très forte pour la gente féminine se traduit logiquement par des représentations alimentaires différentes selon le genre et la position sociale et nous développerons donc les thématiques abordés par les sociologues autour du genre et de l'alimentation.

a) Des rôles domestiques et alimentaires différents

Les sciences humaines et sociales constatent en premier lieu que les rôles alimentaires sont encore très genrés dans notre société. Selon T. Fournier (55) : « À partir de l'enquête « *emploi du temps* » de l'Insee, Ponthieux et Schreiber (2009-2010) ont pu établir la durée moyenne des activités au cours d'une journée au sein de couples dont les deux conjoints sont salariés. Il en ressort que l'activité culinaire est extrêmement sexuée (1 h 12 par jour pour les femmes contre 22 minutes pour les hommes, toutes journées confondues) et que l'approvisionnement est un peu plus partagé (33 minutes par jour pour les femmes contre 22 minutes par jour pour les hommes). » Ce rôle majeur des femmes dans l'élaboration de l'alimentation quotidienne des familles leur donne clairement un poids important dans l'application des normes alimentaires et en font les destinataires privilégiées des messages de santé publiques comme le souligne D. Vandebroek(46) : « Ces initiatives – qui prennent la forme de cours d'« *éducation à la santé* », de « *cuisine santé* », etc. – s'adressent aussi, majoritairement aux femmes qui, en leur capacité d'épouses et de mères, sont encore considérées comme les principales responsables de l'éducation morale de leur classe. ». Les sociologues notent que les campagnes de prévention, trop clairement calibrées pour la gente féminine renforcent cette répartition sexuée des rôles culinaires. L'une des pistes proposées par les sociologues pour améliorer

l'impact des prescriptions diététiques serait donc d'utiliser ces campagnes pour au contraire rééquilibrer cette répartition des tâches et ainsi améliorer l'éducation nutritionnelle de chacun, comme l'évoque T. Fournier (55) : « *l'un des enjeux de santé publique à l'égard de la prévention nutritionnelle pourrait ainsi viser, comme cela se discute dans d'autres pays (Miller et Brown, 2005), à articuler les conseils alimentaires aux activités de promotion de l'égalité au niveau domestique : combiner, en quelque sorte, changement alimentaire et changement social.* ». Cette meilleure répartition des tâches permettant non seulement d'améliorer la relation des hommes avec la nutrition mais aussi de décharger les femmes de leur culpabilité en cas d'échec du suivi des recommandations, puisqu'elles en sont à l'heure actuelle les principales responsables.

b) Des représentations alimentaires différentes.

Selon notre revue de littérature, hommes et femmes n'ont pas la même alimentation en France. Certains aliments seront considérés comme féminins et d'autres masculins en relation avec les représentations sociales de chacun. Cela est explicité notamment par S. Carof sociologue qui analyse dans deux articles (n°22 et 23) les relations entre le genre et la gestion du poids (41) « *Dans le quotidien, les femmes affirment préférer des nourritures légères, raffinées et peu nourrissantes quand celles qui sont valorisées par les hommes sont riches, copieuses et carnées (Bourdieu, 1979). Ces représentations expliquent pourquoi les hommes assimilent l'ingestion d'aliments dits féminins comme les fruits et légumes et l'attention esthétique à un manque de virilité, ce qui les conduit plus fréquemment à refuser toute restriction alimentaire (Gough, 2007).* ». Nous analyserons plus loin les effets adverses actuels

de ces représentations alimentaires masculines sur l'application, qui passent principalement par les femmes, des recommandations nutritionnelles. A l'avenir il paraît pertinent de combiner les changements de répartitions des tâches ménagères avec un changement des représentations alimentaires masculines, moins en phase avec les recommandations nutritionnelles.) ».

c) Les régimes : des raisons, des pratiques et des cadres d'application différents selon les genres.

Nous constatons dans notre revue que les femmes font plus de régime que les hommes et ce sont les personnes obèses qui font le plus de régimes, comme l'exprime S. Carof (7) « *Les femmes feraient ainsi plus souvent des régimes que les hommes, et les personnes considérées médicalement comme obèses bien plus que les personnes de poids « normal ».* »

Et pour ces femmes obèses, la minceur et son corollaire le régime, sont d'abord motivés par des raisons esthétiques et la pression sociale, plus que par des avantages sur la santé comme l'explique S. Carof (7) : « *De leur côté, les enquêtées obèses ont très souvent commencé leur régime pour des raisons esthétiques, mais presque aussi souvent « pour faire plaisir à quelqu'un d'autre » comme leur famille ou leur partenaire, ou pour éviter de se faire stigmatiser. Très peu ont dit avoir fait des régimes pour des raisons médicales.* » Les femmes plus âgées recourent ensuite aux régimes et à la chirurgie bariatrique pour des raisons davantage médicales, et ce quelle que soit leur catégorie sociale, mais ce recours répond également à l'injonction de « care ». Cet anglicisme qui désigne le rôle de prendre soin des

autres membres de la famille, nécessitant d'être soi-même en relativement bonne santé, et bien plus souvent attribué aux femmes comme le rappelle T. Fournier(55) « *les hommes subviennent aux besoins matériels de leur famille tandis que les femmes sont au foyer et assurent la prise en charge non rémunérée du travail domestique et de care* ». Selon O. Lepiller (50) : « *le souci d'être séduisante par la minceur disparaît devant la fonction maternelle, après la naissance des enfants [...] et l'injonction à se préparer à « vieillir jeune » pour être en mesure de tenir les rôles de « pilier » des relations familiales préférentiellement dévolues aux femmes (Gestin, 2003) »*

On note donc un effet contradictoire dans cet enchaînement du « mince-gros-mince » dans les représentations alimentaires des femmes. Les sociologues l'expliquent par un glissement net des motivations à la minceur selon l'âge. Motivations esthétiques pour séduire chez les jeunes femmes, puis maternité qui amoindrit leur désir de minceur, puis des motivations médicales apparaissent (avec en arrière-plan l'idée de rester en forme pour s'occuper des siens) pour les plus âgées généralement quand les enfants sont grands, souvent pour s'occuper à la fois des descendants et des ascendants. Les femmes avec des jeunes enfants ne souhaitent donc généralement pas être grosse et mince à la fois, mais cette motivation à la minceur qui s'était amoindrie avec la maternité redevient prégnante avec l'âge quand survient la perception que les limitations fonctionnelles du poids sont trop difficiles à combiner avec celles du vieillissement. »

Les hommes eux, font des régimes plus tardivement dans leurs vies et souvent d'emblée pour des raisons médicales ou poussés par leur entourage ce que confirme S. Carof (41) : [...]« *Les hommes ne choisissent donc pas de faire un régime pour les mêmes raisons que les femmes. Dans l'Eurobaromètre de 1996, analysé par Thibault de Saint Pol (2010), la décision de faire un régime (pas forcément amaigrissant) vient ainsi plus souvent d'une*

demande d'un médecin pour les hommes (dans 36% des cas) que pour les femmes (dans 23% des cas). Chez les femmes, la décision est plus souvent personnelle (70% des cas) que chez les hommes (53% des cas) ».

Enfin, hommes et femmes pratiquent des gestions du poids différentes et ont des méthodes de régimes différentes. Les hommes préfèrent augmenter leur activité physique tout en maintenant des apports alimentaires caloriques habituels ou alors supprimer des catégories nutritionnelles d'aliment, mais sans axer le régime sur les calories ingérées, toujours selon S. Carof (41) : *« Les enquêtés-hommes, de leur côté, ont moins de connaissances culinaires et nutritionnelles [...] faire un régime étant une pratique perçue comme féminine, ils choisissent plutôt des solutions « masculines ». Ils préfèrent notamment augmenter leur activité physique ou suivre une liste de restrictions alimentaires strictes plutôt que de devoir compter des calories ».* Les femmes préfèrent pratiquer soit un contrôle nutritionnel permanent, soit des périodes de restrictions alimentaires importantes avec les effets de restrictions cognitives et de yo-yo bien décrits actuellement, comme le relève S. Carof (41) : *« Parmi les enquêtés, ce sont les femmes qui mentionnent cet autocontrôle constant, alors que les hommes ne disent réguler leur alimentation, ou y penser constamment, qu'en période de régime ».*

Enfin, les hommes et les femmes n'ont pas la même propension à associer d'autres personnes au suivi de leur régime. Les hommes s'appuyant peu sur des professionnels ou institutions et préférant l'auto-contrôle. Ce paradoxe est intéressant quand on sait que les régimes leurs sont plus souvent imposés par des agents médicaux que les femmes. À l'inverse, les femmes pratiquent leurs régimes de façon plus encadrés et recourent volontiers à l'expertise d'un professionnel médical, commercial ou à des structures de soins, alors qu'elles décident plus fréquemment elle-même leurs mises au régime. Cela est retrouvé par J.P.

Genolini et al dans leur recherche (62) « *Alors que les femmes se retrouvent davantage dans les prises en charge institutionnalisées, commerciales ou médicales, les hommes rejettent massivement les « industries de régimes » médicales ou commerciales. Ils privilégient plutôt l'amaigrissement par l'auto-contrôle.* »

6. Effet de l'âge sur l'alimentation

Parmi notre sélection, seuls 12 articles se penchent fugacement sur la question, mais sans jamais l'aborder comme thème central. Ce sont les articles n° 1, 2, 7, 9, 20, 23, 25, 26, 30, 36, 37 et 38. Ces articles, comme évoqué plus haut, montrent clairement que l'âge pousse davantage les femmes que les hommes à désirer être mince pour limiter les effets des limitations fonctionnelles du poids. Mais ils n'éclairent pas sur les modalités pratiques de changement envisagées ni sur les représentations alimentaires spécifiques aux personnes âgées. Nous ne pouvons donc dégager, à partir de notre revue de littérature, un consensus vis-à-vis de l'influence de l'âge sur l'alimentation.

D. APPORT DES SHS SUR LA COMPREHENSION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DANS LA GESTION DU POIDS

Les articles de notre revue mentionnant l'activité physique sont les n° **1, 7, 9, 13, 14, 15, 20, 23, 25, 35, 36** et **40**. Les articles en gras proposent une analyse étoffée. Seul l'article n° 25 y est entièrement consacré.

1. La place de l'activité physique dans la gestion du poids

Si les personnes en surpoids et les obèses sont celles qui font le plus fréquemment des régimes alimentaires en France, il en est tout autrement pour l'activité physique. En effet les sports, mais aussi l'exercice physique quotidien sont moins pratiqués par les catégories de poids qui en auraient le plus besoin comme le montre l'enquête de R. Patesson (63) (population belge) « *On observe que moins de personnes d'IMC3 [surpoids] et IMC4 [obèses] pratiquent un sport ce qui traduit une moindre activité physique organisée. [...] Gravier peu d'étages, l'usage des escaliers à la place de l'ascenseur peut être une manière facile d'effectuer une activité physique. On constate que les personnes en surpoids et obèses le pratiquent moins que les autres lorsque c'est possible.* ». Selon l'enquête de JP Genolini et al. (62) même si les obèses pratiquent moins de sport, leur appétence envers l'activité physique reste majoritairement présente : « *Contrairement aux idées communes, les obèses majoritairement n'entretiennent pas un rapport au sport difficile. Sur les 57 personnes enquêtées, 68% ont pratiqué une activité physique de manière significative en intensité et durée pendant l'enfance.* » Les représentations du sport et de l'activité physique sont, toujours selon JP. Genolini et al, dépendantes de l'âge d'installation de l'obésité et plus l'entrée y est précoce,

moins le sport sera valorisé (62) : « *Ainsi, dans le cas d'une obésité précoce importante et d'une pratique sportive sporadique, le sport peut engendrer de véritables traumatismes physiques et psychologiques provoquant le rejet durable et « incorporé » de toutes activités physiques. »*

Car les sociologues constatent que les obèses subissent de nombreuses stigmatisations (insultes, moqueries) et discriminations (les derniers pris dans l'équipe etc...), qui sont très marqués dans leur jeunesse (sport scolaire) mais aussi dans d'autres cadres sportifs très compétitifs, notamment les clubs de sport en équipe. Les sociologues notent que les obèses s'appuient donc plus sur des pratiques sportives moins compétitives et plus conviviales de type marche, vélo, randonnées, activité aquatique etc... où les stigmatisations et les enjeux sportifs collectifs sont moindres. Mais aussi car les contraintes de charge de leurs surpoids seront moins traumatiques et douloureuses (vélo, piscine). Ces défauts prégnants en milieu sportif sont souvent rédhibitoires pour favoriser une pratique assidue par les obèses d'un sport surtout en club, cadre où ils pourraient pourtant être le mieux encadrés et motivés.

L'enquête de R. Patesson (63) liste aussi par fréquence (en *a.* le plus fréquent, *e.* le moins) les solutions que la population belge énonce comme remède contre le surpoids et l'obésité :

- a. L'éducation des enfants surtout à l'école*
- b. Campagne d'information pour tous (jeunes et grand public)*
- c. Des cours sur l'alimentation et les risques de l'obésité*
- d. Le développement des activités sportives tant pour les jeunes que pour les adultes*
- e. La promotion de l'exercice physique*

On y retrouve donc, pour le grand public, en 4ème et 5ème position le développement du sport et de l'exercice physique comme remèdes contre l'obésité, ce qui témoigne de la place du sport comme « dernière roue du carrosse » pour la gestion du poids dans l'imaginaire collectif.

Cette étude et les différents articles sélectionnés qui analysent les déclarations des personnes en surpoids et obèses le montrent clairement, celles-ci pratiquent moins de sport et d'exercice physique de la vie quotidienne. Elles s'appuient moins sur l'activité physique pour tenter de réduire leur poids et bien davantage sur des mesures diététiques comme le retrouvent JP Genolini et al. (62) : « *Les entretiens et les observations révèlent également que le contrôle de l'alimentation est moins problématique pour les sujets que la mise en activité physique en raison des souffrances physiques et symboliques qu'elle engendre souvent.* ».

2. Les représentations sociales de l'activité physique selon les classes sociales.

Selon les auteurs, la pratique de l'activité physique est différenciée selon le sexe et la position sociale. Les plus sportifs sont les hommes éduqués des classes aisées comme le rappelle G. Bloy (64) « *sport et activité physique hors travail sont plus le fait des hommes, diminuent avec l'âge ; ils augmentent avec le niveau d'études et de revenus, ou la taille de la commune de résidence.* »

À l'inverse, les femmes des milieux populaires sont celles qui pratiquent le moins de sport. Selon JP Genolini(62) « *L'analyse des socialisations sportives confirme que les femmes*

issues de milieux modestes pratiquent moins, et moins intensément que celles provenant des autres catégories ».

Alors que les classes aisées valorisent le sport, mais aussi les diverses mobilités qui permettent une activité physique du quotidien (marche, vélo, monter les escaliers...) qu'elles associent à la santé, il n'en va pas de même en milieu populaire.

Les blocages sont en premier lieu d'ordre pratique : accessibilité des équipements, coûts économiques et temporels, avec des pratiques sportives souvent trop onéreuses ou chronophages pour les parents de classes défavorisées comme le souligne F. Régnier(60) : *« les freins sont nombreux en catégorie modeste: contraintes financières (l'inscription d'un enfant à un club sportif peut s'avérer trop onéreuse dans un budget limité) ; contraintes de temps, ensuite, en particulier pour les femmes en emploi qui disposent de peu de moyens financiers pour se décharger des tâches domestiques ; contraintes territoriales liées aux difficultés d'accessibilité aux infrastructures sportives, voire à leur inexistence, notamment dans les quartiers les plus défavorisés ».* Viens ensuite un distinguo entre sport et l'activité physique quotidienne (petits déplacements à pied ou en vélo et limiter la sédentarité) qui se heurte à la peur de l'extérieur et des mauvaises influences notamment en quartiers sensibles (*« laisser trainer les enfants »* les expose à des risques) qui conduit les parents à favoriser les activités sédentaires intra-familiales comme l'explique F. Régnier(60) : *« Mais dans les cités de la banlieue parisienne, et plus largement dans les quartiers défavorisés, les mères répugnent à laisser les enfants jouer dehors, craignant qu'ils ne fassent de mauvaises rencontres »* Les études montrent aussi un plus grand impact chez les CSP - de l'environnement bâti, et notamment des équipements sportifs de proximité sur le surpoids des classes populaire, du fait d'une moindre tendance, pour des raisons économique, culturelle ou temporelle, à la

mobilité comme l'énonce N. Darmon (65) : « Une étude réalisée en France auprès de 3327 jeunes de 12 ans scolarisés dans des collèges du Bas-Rhin [36] a montré que le fait d'habiter dans un quartier où l'accessibilité géographique à l'alimentation (commerces alimentaires) ou à l'activité physique (équipements sportifs et espaces verts naturels) était faible multipliait pratiquement par deux le risque d'être en surpoids, seulement chez les enfants d'ouvriers et pas dans les autres catégories socioprofessionnelles ». Une dernière hypothèse serait aussi liée à la pénibilité du travail en milieu populaire. Bien que leurs métiers ne requièrent pas forcément une dépense énergétique forte, ils sont souvent plus pénibles physiquement (port de charges, positions de travail inadaptés, mouvements répétés etc...) et les troubles musculo squelettiques y sont plus fréquents. Si l'on ajoute des trajets pour s'y rendre souvent plus longs l'on comprend alors pourquoi les travailleurs de ces catégories populaires renoncent plus facilement à une dépense physique supplémentaire. Dans ce contexte, il faudrait valoriser une activité physique au travail, douce et non traumatique.

3. Le surpoids et l'obésité : un frein à la pratique de l'activité physique aussi bien pour les médecins que pour les patients.

Les articles sélectionnés dans notre revue mentionnent un fait troublant. S'il est universellement reconnu qu'augmenter son activité physique est une des solutions pour contrer le surpoids et l'obésité, cette activité physique n'est pas mise en place par les principaux intéressés, soit les personnes en surpoids et les médecins. Les entretiens de G. Bloy (64) avec de nombreux généralistes démontrent que ceux-ci jugent le poids excessif des patients comme un frein à la prescription d'activité physique et ont du mal à procurer une

place au conseil en activité physique dans leurs consultations : « *Le conseil en activité physique n'est pas systématique et ne fait jamais l'objet d'une consultation dédiée. Les généralistes y viennent de façon contingente, selon les circonstances de la consultation, et pas avec tous leurs patients. La crainte des accidents et l'anticipation de réactions négatives de ceux-ci les freinent, même en présence d'indications médicales...* ».

L'étude de L. Gimenez (66) le montre aussi : « *Le désaccord patient-médecin augmentait significativement avec le degré de surpoids des patients et était particulièrement prononcé lorsqu'il s'agissait des déclarations concernant le poids et le mode de vie (alimentation et activité physique).* »

Notons qu'il existe depuis 2012 à Strasbourg un dispositif nommé « sport-santé sur ordonnance » qui permet à des médecins d'insérer facilement des patients en ALD (affection de longue durée) dans un parcours d'activité physique adaptée médicalement et sportivement à chaque patient. Ce dispositif est pris en charge financièrement par la ville et pourrait, par sa promotion et son extension à l'échelle nationale, résoudre un des freins relevés par G. Bloy dans son enquête qui est le manque de relais identifiés par les MG pour encourager l'activité physique(30): « *Au-delà du cabinet, la perception des ressources de l'environnement immédiat et des relais disponibles pour l'AP [activité physique] pèse sur la consultation. [...] Les structures et professionnels dédiés à l'AP adaptée ou au « sport-santé », susceptibles d'accompagner et de sécuriser la reprise d'activité d'un patient sédentaire ou fragile, ne sont pas évoqués* ».

4. Les sociologues ne s'emparent pas de l'activité physique avec la même intensité que dans leurs études de la nutrition.

Si 12 articles de notre revue mentionnent l'activité physique et notent une faible pratique sportive chez les obèses, les causes de ce phénomène sont très peu développées. Il nous manque notamment des études sur les représentations et le vécu des personnes obèses et précaires face au sport. Un seul article aborde dans son intégralité la prescription d'activité physique par les médecins généralistes (MG). Et nous retrouvons donc dans cette revue un manque d'attention vis-à-vis de l'activité physique, du côté des médecins comme des sciences humaines et sociales. Si les préoccupations médicales axent en théorie à parts égales le traitement de l'obésité sur la nutrition et la majoration de l'activité physique, mais que les RHD sont en pratique moins appuyées sur l'activité physique, il convient de s'interroger pour les sociologues s'ils ont aussi moins d'intérêt pour cette thématique ou si notre revue n'a pas sélectionné suffisamment d'articles sur ces thématiques.

E. APPORT DES SHS SUR LA GESTION DU POIDS PAR LA MEDECINE.

Les articles de notre revue s'interrogent sur les mécanismes sociaux à l'origine d'une corpulence plus élevée dans les classes populaires. Les SHS proposent, en plus des représentations sur le corps, l'alimentation et l'activité physique, une analyse des représentations des soignants et de leurs effets sur la santé des personnes en surpoids. Nous avons notamment sélectionné les apports concernant la médecine générale. Via l'analyse des représentations des soignants sur les patients en surpoids, mais aussi des patients sur leurs soignants et enfin du système de légitimation de normes médicales les SHS décryptent les raisons de multiples échecs dans les prises en charge à l'origine d'une grande frustration des deux parties : médecins et obèses. Les articles qui étudient l'impact de la médecine générale, du système de santé et des représentations sociales des médecins sont les articles n° 3, 4, 8, 9, **10, 11, 12**, 16, 20, **24, 25**, 28, 31, **35, 39** et 40. Les articles en gras sont centrés sur cette thématique.

1. Les représentations du corps médical sur l'obésité

L'apport des SHS est net en ce domaine. Les médecins ont des représentations souvent péjoratives envers les patients en surpoids et obèses auxquels ils attribuent un manque de motivation et de compréhension comme cause de leur maladie. Ces préjugés négatifs sont relevés dans les articles n° 10, 14, 22, 23, 24, 25, 28 et 40 et aussi confirmés dans la thèse de M. Burger (36) (partie 6.4, p. 64 sur l'opinion des médecins vis-à-vis des personnes obèses).

a) *Selon la spécialité*

Les SHS constatent un premier niveau de variation des représentations des médecins : selon leurs spécialités comme le remarque S. Carof(67) « *De nombreux travaux ont analysé l'importance de ces situations de stigmatisation et de discrimination dans le champ médical et paramédical (McArthur & Ross, 1997 ; Puhl & Brownell, 2001 ; Bocquier et al., 2005 ; Poon & Tarrant, 2009 ; Puhl & Heuer, 2010). Ces actes et remarques dépendent des spécialités des soignants (Kristeller & Hoerr, 1997) »*. Établir un classement selon celle-ci serait fastidieux et peu utile, mais dans les grandes lignes il s'agit paradoxalement principalement des spécialistes de la gestion du poids (nutritionnistes et endocrinologues) qui sont les plus discriminants (68) « *lorsqu'on s'adresse aux professionnels de santé qui se sont spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, dont on pourrait s'attendre à ce qu'ils aient fait un choix positif de cette activité et à ce qu'ils aient donc une vision moins négative de l'excès de masse corporelle, ils font preuve des mêmes partis pris « antigras », allant jusqu'à qualifier les personnes obèses de paresseuses, stupides et sans intérêt »*.

Ensuite plus un champ médical sera considéré comme scientifique, bien circonscrit par des recommandations médicales et appuyé sur de fort niveau de preuves et plus les représentations de ces spécialistes « techniciens » auront tendance à refuser d'autres explications que la pathologie de la volonté qui entrainerai l'obésité de leurs patients. Quant aux généralistes, s'ils comportent bien sûr dans leurs rangs des médecins discriminant contre les obèses, les sociologues attestent que ceux-ci sont en général plus souples et appliquent une tolérance plus grande que les spécialistes vis-à-vis des problématiques de poids comme le souligne l'enquête de S. Carof(67), « *Dans cette enquête, une opposition s'est dessinée dans le groupe de soignants. D'un côté, les endocrinologues, les médecins nutritionnistes et les*

diététiciens, tenants d'une pratique plus quantitative, définissent la surcharge pondérale plus fréquemment par des causes dépendantes des patients. [...] D'un autre côté, les généralistes et les psychologues mentionnent plus souvent l'environnement extérieur ou les causes internes indépendantes de la volonté des patients. ». Cette différence est expliquée selon l'auteure par une tolérance générale plus grande des MG vis-à-vis des normes médicales S. Carof(67) « Cette plus grande tolérance des généralistes envers les écarts à la norme médicale se retrouve dans d'autres enquêtes sociologiques, sur les maladies cardiovasculaires notamment (Sarradon-Eck, 2007) ».

Selon notre revue de littérature, les généralistes sont donc moins discriminants envers les personnes obèses que certains spécialistes car leurs représentations montrent une plus grande émancipation vis-à-vis des normes médicales quantitatives. Ils prennent davantage en compte les problématiques sociales entourant l'obésité, même si une proportion non négligeable d'entre eux reste encore stigmatisante envers les personnes en surpoids. Ainsi, en 2005 selon Bocquier et al. (69), environ 30 % des MG avaient des représentations péjoratives des personnes en surpoids. La recherche souligne que les préjugés et la stigmatisation qui en découle résulteraient souvent d'un manque de (in)formation selon Avignon et Attalin (68) : « Il n'est pas inintéressant de constater que parmi les MG, ceux qui déclarent avoir une vision négative des obèses sont également ceux qui sont le moins souvent abonnés à des revues médicales et donc peut-être les moins bien formés ou informés ».

b) Selon la classe sociale perçue du patient

Les médecins partageant davantage les représentations sociales des classes aisées dont ils sont principalement issus, leurs discriminations, à poids égal, s'exercent donc plus fréquemment sur les patients issus des classes populaires. Concernant les MG l'étude d'Afrite et al (70) montre que ceux-ci sous-estiment le poids de leurs patients et semblent sous-estimer davantage le poids des patients de catégories sociales plus favorisées : *« il a été observé une sous-estimation générale du poids des patients par eux-mêmes et par les médecins, ces derniers sembleraient sous-estimer davantage celui des patients ayant un meilleur statut social »*. Les enquêtes de S. Carof (67) et (71) rapportent aussi ce décalage où les plus défavorisées, souvent les femmes, se sentent davantage stigmatisées par les médecins : *« les enquêtées et répondantes les plus corpulentes et les moins éduquées se disent dans cette enquête plus souvent stigmatisées pour leur poids. »* Cela démontre une opposition entre les représentations des médecins et celle des classes populaires, mais aussi une forme de paternalisme médical plus prégnant envers ces populations moins éduquées et donc plus volontiers infantilisées que les autres toujours selon S. Carof (67) *« Cette stigmatisation des fortes corpulences sous-tend également une forme de paternalisme médical, plus prégnant envers les milieux populaires (Fainzang, 2006). »*

c) Selon le vécu et le poids du praticien

Les SHS constatent que les médecins généralistes les moins « stigmatisants » sont ceux qui présentent aussi un surpoids. Mais ces généralistes en surpoids sont aussi les moins « motivés » à faire maigrir leurs patients, préférant une approche psycho-sociale par rapport

aux MG minces qui préconisent plus l'activité physique selon Attalin et al.(68) : « *Les médecins qui ont finalement le regard le moins négatif sur les personnes obèses sont ceux qui sont eux-mêmes en situation d'excès pondéral . [...] Les médecins les plus minces semblent plus enclins que ceux en surpoids à s'impliquer dans la prévention de l'obésité et à remettre des conseils aux personnes en surpoids ou obèse* ». Les sociologues et notamment S. Carof (67) partagent aussi ce point de vue de l'impact du vécu et du genre sur les pratiques stigmatisantes des MG : « *Ces biais implicites péjoratifs envers l'obésité seraient cependant moins fréquents chez les médecins hommes, chez les plus âgés, les plus corpulents et chez ceux qui auraient des amis obèses (Schwartz et al., 2003)* ». Il s'agit donc des médecins appartenant aux catégories sociales les moins ciblées par l'injonction à la minceur.

2. Représentations des patients en surpoids sur les médecins

Selon notre revue, les patients en surpoids souhaitent des médecins à l'écoute et qui ne les juge pas (72), mais peu d'articles explorent en détail les représentations des patients sur leurs médecins mis à part l'article de S. Carof (67). Les auteurs convergent néanmoins vers un consensus selon lequel plus les patients sont en surcharge pondérale et plus leur classe sociale est défavorisée, plus ils ont des représentations négatives sur les médecins et contestent les thérapeutiques qui leur sont proposées. Nous explorerons donc plus en détail ces désaccords.

3. Principaux désaccords entre personnes obèses et médecins

a) *Sur la définition, l'étiologie et les conséquences de l'obésité :*

Le premier désaccord porte sur le seuil d'entrée en obésité. Le critère objectif des médecins ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) ne correspond pas aux représentations des patients qui définissent souvent le stade obésité selon des critères subjectifs, comme les changements d'apparence, de vêtements ou l'apparition de limitations physiques importantes. Souvent, ce raisonnement subjectif les conduit à repousser le seuil d'entrée en obésité, le plaçant à des poids bien supérieurs, qui se rapprochant plus de la définition médicale de l'obésité morbide ($>40 \text{ kg/m}^2$). Ainsi selon Degranges et al(72) : *Chez tous les patients, l'importance de changements visuels concrets revient fréquemment dans le discours ; l'apparence physique importe davantage que le poids chiffré* Carof(67), ce sentiment délégitime souvent la classification médicale de l'obésité : *« La catégorie médicale d'obésité (à partir de l'IMC de 30 kg/m^2) commençant ainsi pour des corpulences inférieures à celles de la catégorie d'obésité des enquêtés concernés [...] plusieurs enquêtés ont refusé de reconnaître la légitimité des catégories médicales et se définissent plutôt comme « enveloppées », « forts », « costauds », « rondes » ou encore « bien en chair ». ».*

L'étiologie de l'obésité est aussi très différente chez les patients qui attribueront à leur état des causes à la fois intrinsèques et extrinsèques (accident de vie, grossesse, séparation, etc.) là où le corps médical ne retrouve que des causes intrinsèques comme le souligne S. Carof(67) : *« De leur côté, tous les enquêtés concernés ont attribué des déterminants à la fois individuels et collectifs à leur poids. ».* Ce manque de reconnaissance des parcours de vie est à l'origine d'une démotivation pour beaucoup de patients comme le souligne Degrange et

al (72): *« Le patient est ainsi séparé de son histoire personnelle et de son vécu émotionnel lors de la rencontre avec le soignant. Comme le patient se sent peu intégré comme personne à part entière, son degré d'adhésion reste insuffisant, avec finalement peu d'impact sur son niveau de qualité de vie. »*

Les soignants considèrent quasi unanimement l'obésité comme une maladie aux conséquences très concrètes. Quant à elles, les personnes en surpoids ont rarement conscience de courir un sur-risque en termes de morbi mortalité. Les personnes obèses ressentent une diminution de leur qualité de vie, mais n'associent pas forcément leur poids à une pathologie. L'article de S. Carof(67) en témoigne : *« Cette incompréhension mutuelle est en outre amplifiée par le fait que l'obésité ne conduit pas systématiquement à des problèmes de santé, ce qui tend à renforcer le sentiment d'être stigmatisé par les enquêtés concernés, qui ne se définissent pas comme « malades », et le sentiment d'impuissance des soignants rencontrés. »*

Enfin, l'annonce du diagnostic d'obésité est utilisée très différemment selon les médecins. D'électrochoc chez certains à repousser pour d'autres elle est parfois vécue comme très violente par les patients, du fait des RS négatives associées à l'obésité. C'est l'opinion de S. Carof (67)*« ils [les médecins] savent cependant que les termes d' « obésité » et d' « obésité morbide » peuvent être un « traumatisme » pour leurs patients. Dans ce cadre, certains s'abstiennent de les mentionner, utilisent des circonvolutions pour en atténuer la portée normative [...] D'autres choisissent au contraire d'utiliser la force de ces mots pour lancer une prise de conscience chez leurs patients ».*

Du fait de la « violence » des représentations négatives associées au terme obésité » chez le patient comme chez le soignant, le terme de « maladie » lui est peu associé. Soit par

pudeur et pour ne pas blesser du côté des médecins, soit par déni ou du fait de représentations corporelles différentes chez les patients. Les injonctions à maigrir ne seront donc pas justifiées uniquement par le poids, mais beaucoup plus sur les comorbidités du surpoids (hypercholestérolémie, diabète, HTA, etc.) Comme le résume ce témoignage dans l'article de S. Carof(71) « *[la patiente] ne veut plus faire de régimes, trop inquiète d'une nouvelle prise de poids possible, mais voudrait tout de même maigrir pour son diabète depuis que sa généraliste lui a parlé des risques qu'elle courait.* »

b) Désaccords et représentations différentes sur les thérapeutiques de perte de poids

Ces désaccords sur les causes de l'obésité ont des conséquences sur la prise en charge selon S. Carof (67) « *Lorsqu'il existe des différences d'étiologies au sujet du poids entre soignés et soignants, des désaccords se révèlent alors au sujet des solutions possibles.* »

Le traitement actuel de l'obésité et du surpoids repose, pour la médecine, uniquement sur des mesures hygiéno-diététiques. Soit une approche nutritionnelle par restriction calorique et/ou une majoration de l'activité physique. Aucun médicament ne permet une réduction du poids sans effet secondaire grave associé. La chirurgie bariatrique, a l'efficacité prouvée et seule alternative aux mesures hygiéno-diététiques expose néanmoins à un risque de mortalité ou de séquelles physiques et psychologiques importantes et entraîne pour la technique du by-pass une malabsorption chronique responsable d'une baisse de la qualité de vie. Elle est donc réservée à des cas d'obésité morbide et soumise à un encadrement strict, notamment psychologique et nutritionnel. Cette situation de solution thérapeutique limitée

reposant sur des mesures perçues comme peu médicales par les patients, relevant plus de l'éducation et de leur motivation est analysée par les SHS à plusieurs niveaux.

Les articles de notre revue constatent un désaccord net entre soignants et soignés sur les méthodes de perte de poids. S. Carof (67) montre que les patients sont plus friands de solutions médicales comme la prise d'un médicament et beaucoup moins de changements d'hygiène de vie qui relèvent de leur responsabilité. « *[les désaccords] peuvent se révéler fréquents avec les endocrinologues, les médecins nutritionnistes ou les généralistes. Face à ces médecins, les patients espèrent des solutions plus médicales et moins dépendantes de leur responsabilité, alors que les régimes et l'activité physique sont les traitements les plus recommandés.* »

Les médecins, devant ce manque d'options thérapeutiques, regrettent aussi l'absence de médicaments qui feraient maigrir leurs patients et les affranchiraient des RHD selon S Carof (67) : « *Les médecins soignants rencontrés se plaignent ainsi du manque de médicaments [anti-obésité], nombre d'entre eux ayant été retirés des marchés français ou européens.* ». Mais ces médecins, toujours selon S. Carof(67), trouvent déplacées les attentes des patients pour ce médicament miracle et regrettent leur attentisme de « consommateurs » : « *Beaucoup de soignants, en particulier médecins, se plaignent également de l'exigence à sens unique d'un patient devenu « consommateur » (Pierron, 2007).* ».

De ce paradoxe, où tous souhaitent des solutions plus simples, mais où les médecins regrettent le manque de pragmatisme des patients face aux solutions diététiques existantes aboutit à un découragement des soignants et des soignés que relèvent beaucoup d'articles de notre revue. (Articles n° 3, 8, 12, 13, 14, 19, 24 et 30). Ce paradoxe participe aussi énormément à la moralisation des causes de l'obésité. Puisqu'il n'existe pas de traitement radical et simple,

le manque de rigueur des patients pour appliquer les RHD s'apparente à une remise en question gênante de leur autorité. Il fait donc basculer de nombreux soignants vers la seule explication possible : un manque de moralité du patient.

Les soignants se heurtent en effet souvent au « mur du social » c'est-à-dire à des considérations qui dépassent la médecine et impliquent l'environnement social du patient, environnement sur lequel ils s'estiment sans influence pour diverses raisons (manque de temps, de rémunération, de formation, de connaissances et de leviers d'action) comme l'évoquent l'article de Degrange et Al(72) : *« l'ensemble des soignants reconnaissent que les compétences nécessaires à une bonne prise en charge de l'obésité dépassent le cadre médical ou diététique, mais ils se sentent démunis sur la manière d'interagir et de travailler avec les données qui dépassent ce cadre. »*, mais aussi l'article de S. Carof (67) : *« La majorité des soignants rencontrés sont ainsi insatisfaits vis-à-vis de la prise en charge des personnes de fortes corpulences, soit parce qu'ils s'estiment mal formés ou mal rémunérés, soit parce qu'ils estiment que leur rôle n'est pas de soigner ce que certains d'entre eux appellent une « maladie sociale ». »*

Dès lors les sciences humaines et sociales étudient pourquoi certains patients n'adhèrent pas aux mesures diététiques et techniques proposées actuellement par la médecine.

c) *La perception des régimes alimentaires restrictifs, quand le biomédical rencontre les contraintes de vie*

Dans notre revue de littérature, les régimes sont souvent perçus comme inefficaces par les personnes en surpoids comme l'affirme par exemple JL. Pestana Moreno (48) « *les régimes sont inefficaces et ajoutent des dangers aux problèmes de corpulence et que, de l'autre, la stigmatisation provoque l'appauvrissement et un engrenage infernal de régimes.* »

Les régimes alimentaires restrictifs sont pourtant la solution la plus souvent choisie par les obèses, et notamment les femmes pour perdre du poids par apport à l'augmentation de l'activité physique. Mais on observe un taux d'échec élevé - quel que soit le cadre de leur mise en œuvre : seul, avec aide d'experts, dans des dispositifs médicalisés ou non). Les personnes en surpoids ou obèses sont, du fait de ces échecs, généralement celles qui perçoivent les régimes le plus négativement comme le rapportent de nombreux articles (n°3, 9, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 30, 34 et 39). G. Vigarello le souligne aussi dans les témoignages de son article(73) : « *Je fais des régimes en série, mais ça ne marche pas* », ou « *Je ne restai stable que deux semaines. Très vite, je devins boulimique, phénomène que je n'avais jamais connu...* ». Proposer un régime à un(e) obèse va donc souvent raviver des souvenirs douloureux de périodes de restrictions suivies de reprise de poids (effet yoyo), associées à une forte culpabilité d'avoir échoué. Et il est fortement admis en sociologie (mais aussi dans la littérature médicale) que les régimes sont souvent contre productifs, mais nous en détaillerons les variables dans la partie 4/ E/ 6) sur les dispositifs d'aide à la perte de poids.

Les SHS constatent que cette perception négative du régime augmente avec l'IMC, l'âge et diminue avec un meilleur niveau de diplôme et de revenu. Cela freine donc

l'application des RHD dans les populations les plus touchées (Articles n° 13, 21 et 39). Selon Crutze et al. (74) : *« plus le niveau d'IMC augmente, plus les représentations sont négatives ou peu favorables vis-à-vis d'une prise en charge ou d'une démarche de perte ou de maintien du poids. On note une dégradation de la santé perçue et de la qualité de vie, une résignation vis-à-vis d'une démarche pour gérer le poids, des visions plus négatives des régimes et des objectifs de perte de poids de plus en plus élevés et irréalistes. »*

Les articles n°34 et 39 montrent qu'un niveau de stress élevé et un profil psychologique plutôt anxieux favorisent la mise au régime et l'envie de modifier son comportement alimentaire, citons l'article n°34 de R. Patesson (63) *« L'état de stress de la personne serait alors, dans ce cas, une variable pouvant déclencher une réaction de prise en charge de son surpoids. Les liens entre stress et surpoids méritent donc une attention particulière. »*

Notre revue montre que si les gros(ses) pratiquent fréquemment la restriction alimentaire ils le font souvent sans vision d'ensemble et sans compréhension des règles diététiques, se reposant sur une liste de recommandations pratiques à appliquer. Ce manque de connaissances fondamentales les expose à la contradiction fréquente des différents messages retenus et donc aux échecs répétés comme le souligne F. Régnier (60): *« Enfin, les individus obèses ou en surpoids, suivis dans un cadre médical, se singularisent par leur obsession du régime et de la perte de poids. Prêts à appliquer tout régime amaigrissant ou toute nouvelle règle diététique, à la recherche d'une recette miracle, ils n'expérimentent pas les recommandations et ne se les approprient pas, empilant de multiples strates de conseils et de prescriptions qui se superposent, voire se contredisent »*. Cette vision du régime étant, on l'a vu précédemment, diamétralement opposé selon les catégories sociales. Les CSP +

favorisant la consommation d'aliments sains à long terme, les CSP - préférant supprimer temporairement la consommation d'une liste d'aliments 'malsains'

Le cadre et les dispositifs choisis pour les régimes varient aussi selon la catégorie sociale des personnes obèses. Les CSP + recherchent davantage d'autonomie alors que les CSP- désirent des dispositifs plus autoritaires et encadrés selon JP Génolini et al.(62) : « *Les femmes et les hommes bien dotés en capital culturel recherchent majoritairement une forme de prise en charge « autonome », individualisée, éducative, préventive et surtout « négociée » [...] Par contre, les patientes socialement et économiquement plus modestes se trouvent majoritairement dans des structures plus médicalisées (hôpital et clinique) qui exercent une contrainte institutionnelle continue accompagnée d'une relation thérapeutique paternaliste et autoritaire. »*

D) *La perception de la chirurgie bariatrique*

Les sociologues analysent le recours à la chirurgie bariatrique. L'article n°30 y est entièrement consacré. Les autres articles la mentionnant sont les articles n° 3 et 24.

Plusieurs faits saillants ressortent de ces études.

En premier lieu, la chirurgie bariatrique est employée souvent comme « solution de la dernière chance », par des patients obèses de longue date et donc relativement âgés arrivés à épuisement des autres options (notamment après de nombreux régimes alimentaires restrictifs).

Elle est aussi nettement favorisée par les femmes selon O. Lepiller(50) : « *En effet, si la prévalence de l'obésité morbide féminine est 2,7 fois supérieure à celle des hommes, on*

*compte plus de 4 fois plus de femmes que d'hommes parmi les opérés ». Cet article relève aussi que ces femmes recourent à la chirurgie non pas pour céder à l'injonction esthétique, qu'elles ont dépassée après une longue expérience de l'obésité et de la stigmatisation qu'elle induit, mais pour remplir ce que l'auteur définit comme l'injonction au « care » ou autrement dit pour pouvoir « vieillir en bonne santé » et garder une forme suffisante pour s'occuper de leurs proches (petits enfants, conjoint dépendant, etc...). Il s'agit donc d'une pression sociale différente, mais très liée à la répartition sexuée des rôles dans le couple comme le souligne O. Lepiller(50) « *Leur vécu de l'obésité les a conduites à prendre de la distance avec la norme de minceur, mais la possibilité de la chirurgie leur permet de ne pas renoncer à pouvoir stabiliser et maîtriser conjointement alimentation et corpulence [...] Cette réalité favorise la prise de relais de l'injonction au care dans le couplage avec la norme de maîtrise ».**

Les patient(e)s dénoncent souvent un changement trop rapide qui ne leur permet pas de retravailler leurs représentations, corporelles notamment. En effet le parcours de soin de cette chirurgie est très contraint avec des nombreuses injonctions et contraintes temporelles à respecter qui, malgré la présence de psychologues dans le parcours de soin, peuvent pousser le patient à se faire opérer à reculons, comme le rapporte Degrange et al. (72) : « *La chirurgie bariatrique est alors perçue comme la solution rapide et radicale du dernier espoir, ce qui est souvent discordant avec le temps lié au travail psychologique nécessaire à l'acceptation des modifications corporelles »*

La chirurgie bariatrique peut aussi être appréciée par les patients pour mettre des limites à un corps qu'ils ne contrôlent plus, pour acquérir un cadre physique rassurant, qui stabilisera leur cadre psychologique. Avec en arrière-plan l'idée d'une perte de poids, mais pas uniquement, le maintien d'un poids stable sera un objectif honorable comme l'évoque O.

Lepiller(50) « *L'opération permet de changer de perspective : la question de la perte de poids devient celle de l'évitement du gain, qui implique néanmoins une discipline de long terme[...] la chirurgie est vue comme un investissement pour se doter d'un dispositif doublement régulateur : la modification corporelle, qui abaisse les capacités d'ingestion, apparaît comme une manière d'incorporer un cadre permettant de satisfaire à la norme de maîtrise d'une alimentation qui vous domine et d'une corpulence qui n'en fait qu'à sa tête. »* Ce qui pourrait expliquer les échecs de certaines prises en charge lorsque le patient n'accepte pas ce cadre éducatif et psychologique, se reposant uniquement sur la limitation somatique de ses capacités d'absorption qu'il peut en fait aisément contourner.

Donc les représentations des patients sur la chirurgie bariatrique sont complexes. Les SHS nous montrent que la pression sociale pousse davantage les femmes que les hommes à y recourir. Ce n'est pas pour les patients une simple opération de la dernière chance, un traitement miracle, mais aussi un cadre dont l'adhésion permet l'« incorpor-action » de nouvelles valeurs physiquement et intellectuellement, entraînant une modification corporelle mais surtout psychique si le patient y est suffisamment préparé.

Concernant les médecins, notamment les médecins généralistes notre revue montre plusieurs représentations :

La chirurgie est d'abord perçue comme inadaptée et présentant un risque important pour une majorité des MG selon S. Carof (67) « *La chirurgie bariatrique, en plein développement depuis une dizaine d'années, est également critiquée par presque tous les soignants rencontrés. Elle est jugée mal-adaptée pour certains patients (ayant par exemple des troubles du comportement alimentaire) et parfois inefficace ou dangereuse. »*

Mais ces représentations négatives de la chirurgie bariatrique sont à mettre en comparaison avec son côté technique, radical et qui remet le médecin dans une position forte où la volonté du patient sera moins impliquée pour la réussite du « soin ». En effet, là où les RHD sont difficiles à mettre en place et demandent un investissement temporel important adresser un patient en chirurgie bariatrique s'il présente les critères requis est assez simple et décharge le MG, ce que rappelle Avignon et al (68) : « *Dans le contexte actuel privilégiant une vision mécaniste de la médecine, la chirurgie bariatrique pourrait alors apparaître comme la seule solution possible. Le médecin questionnant l'intérêt de son investissement dans une prise en charge médicale longue et compliquée alors qu'il considère qu'il existe un moyen thérapeutique technique simple et efficace, du moins sur le plan pondéral.* »

La position des MG est donc ambivalente selon notre revue. Mais elle signale qu'une meilleure compréhension par le médecin des représentations corporelles de son patient peut l'aider à accepter les changements profonds qu'opère la chirurgie bariatrique.

4. Sur le soutien de l'entourage et de la famille

Les sociologues dans notre revue s'interrogent aussi sur le rôle des proches des personnes en surpoids ou obèse dans la gestion du poids et des recommandations médicales. Les articles n°3, 27 et 37 sont centrés sur ce thème.

Il est constaté un effet très contrasté (voir la sociologie de l'alimentation traitée précédemment) de l'influence de ces familles, qui s'avère positif dans certain cas et négatif dans d'autres ... surtout dans les catégories populaires selon l'article n°21 (45) : « *Ainsi, les proches, issus du cercle familial, jouent un rôle non négligeable dans l'application des*

recommandations, en particulier quand eux même ont mis en œuvre avec succès des recommandations (par exemple dans le cas d'un régime amaigrissant couronné de succès). Mais ils peuvent également constituer, à l'inverse, un frein. Par exemple les hommes (maris, frères) dans les milieux modestes, qui se montrent peu concernés par la santé et la minceur, et viennent parfois freiner la mise en œuvre des recommandations, que les femmes seraient prêtes à mettre en œuvre ». Les auteurs s'interrogent alors sur la façon dont les médecins saisissent cet entourage et la réponse est nette : peu de soignants utilisent les familles, alors même qu'ils en perçoivent l'intérêt positif possible. Et encore moins de médecins cherchent à désamorcer les représentations négatives de l'entourage comme l'évoquent Degrange et al. (72) : « Les familles et l'entourage social sont autorisés à prendre part aux mesures hygiéno-diététiques conseillées, mais peu de travail est réalisé lorsqu'ils représentent un frein pour le patient dans la gestion du poids. Leur rôle de ressource, quand bien même perçu par certains patients, n'est pas souvent utilisé, ni renforcé par les soignants. »

5. Médecins, médias et relais d'information.

Le manque de recours des médecins à l'appui fourni par l'entourage est d'autant plus dommageable que les SHS relèvent une importance majeure de celui-ci dans les catégories populaires. Mais au-delà de leurs cercles amicaux et familiaux, les patients puisent depuis longtemps des informations dans les médias et celles-ci viennent « concurrencer » l'avis des médecins, comme le souligne A. Lhuissier (61) « *La question du régime alimentaire convoque en effet de nombreuses expériences, références et croyances en matière de diète, véhiculées en particulier par les médias* ».

Les entretiens des sociologues prennent ici toute leur importance, car les médecins ont très souvent la sensation d'un acquiescement fort des patients des classes populaires à leurs recommandations. Or, celui-ci n'est souvent que de façade, selon A. Masullo et F. Régnier (60): « *Dans les catégories modestes ou précaires [...], les recommandations des médecins entrent plus souvent en concurrence avec d'autres sources d'information et ne bénéficient pas d'une forte légitimité dans le domaine de l'alimentation* ». Lorsqu'un médecin recommande à son patient de perdre du poids, les effets de l'entourage et des médias sont donc primordiaux dans la recherche d'information qui va suivre, comme l'évoque une enquêtée de l'article n°21 (45) « *Par exemple, si le médecin me dit 'ben vous devez faire ça', je vais quand même sur le site [Internet] pour regarder, pour avoir beaucoup plus d'infos, pour savoir, parce que les médecins ne disent pas toujours la vérité, alors euh, j'ai pas trop confiance aussi. (Mme Azouz, secrétaire, en couple, 3 enfants, obèse)* ».

L'influence des médias / relais d'informations sur les régimes est un domaine d'étude vaste et notre revue de littérature ne fera que l'effleurer. Les articles qui s'y intéressent sont les numéros : 4, **6, 9**, 20, **21**, 26, 36 avec en gras les recherches les plus denses sur ce sujet.

a) *Des médias différents selon les classes sociales*

Les travaux de Faustine Régnier et Anne Masullo grâce à leurs entretiens (n°6, 9 et 21) démontrent que la pratique du régime est influencée par des médias différents selon les classes sociales.

Pour les catégories populaires, la télévision reste le principal vecteur « légitime ». Elle permet d'obtenir des informations simples souvent via les publicités (tel produit est bon pour la santé, mangez ceci, car il contient des vitamines et du calcium, etc.), mais aussi de s'identifier facilement aux protagonistes lors d'émission concrète de cuisine ou de perte de poids chez les obèses. Les ouvrages de type recettes de cuisine minceur sont aussi privilégiés dans les milieux populaires pour acquérir des bases en nutrition.

À l'inverse toujours selon F. Régnier et A. Masullo (45) les catégories aisées rejettent la télévision et lui préfèrent la radio . « *Les membres des catégories aisées, traditionnellement méfiantes à l'égard de la télévision – loisir populaire – témoignent à l'inverse d'un rejet de ce qui y est diffusé et se réfèrent plutôt à la radio, perçue comme plus sérieuse* ». La radio est associée aux ouvrages scientifiques pour les plus diplômés et notamment pour les adeptes de régimes « spéciaux » (végétariens, macrobiotiques, etc.)

L'Internet est utilisé par tous les milieux sociaux selon F. Régnier et A. Masullo (45), car il procure une multitude d'informations, recherchées par les patients les plus motivés pour approfondir celles des autres sources. Il est aussi valorisé pour son aspect neutre, indépendant des lobbys commerciaux. « *Internet, enfin, apparaît dans les entretiens, quel que soit le milieu social de l'interviewé [...] face à la multiplicité et à la diversité des messages, Internet constitue pour certains une source fiable et neutre à leurs yeux, car elle serait dégagée de toute optique commerciale et permettrait d'approfondir l'information provenant de proches, voire du contexte médical* »

b) *Une cacophonie diététique*

Mais les médias n'ont pas un effet très positif sur la diffusion des connaissances nutritionnelles. Plusieurs articles de notre revue (les numéros 4, 8, 16 et 36) évoquent la notion de « cacophonie diététique » concept initialement développé par le sociologue Claude Fischler. Cette cacophonie est la résultante d'un traitement massif par les médias des sujets du poids et de la nutrition qui résulte en une multitude d'injonctions alimentaires différentes, souvent mêlé de publicité. Cela perturbe les mangeurs et entraîne souvent un découragement dans les tentatives de maigrir, car l'absence de méthode consensuelle scientifique pour réussir son régime laisse les patients en surpoids en grande difficulté face à toutes les recommandations disponibles, souvent contradictoires entre elles. P. Peretti Watel l'évoque ainsi (56) « *Plus généralement, les messages préventifs visant à promouvoir une alimentation plus saine et plus équilibrée sont aujourd'hui noyés dans le flot des publicités qui vantent les mérites diététiques et préventifs de tel ou tel produit. Ces publicités entretiennent une « cacophonie diététique », quand elles ne sont pas purement et simplement confondues avec les messages de santé publique.* ». Notamment via la collusion entre l'industrie agroalimentaire, les scientifiques et la publicité selon M. Gracia Conteras (75) : « *La publicité elle-même de ces produits nous offre des clés pour comprendre une partie de ce processus dans lequel l'industrie alimentaire a également joué un rôle important. Il arrive en outre, que de nombreuses innovations alimentaires soient accompagnées de prescriptions d'experts en nutrition ou en santé, montrant ainsi le lien existant entre les intérêts industriels et scientifiques.* »

Publicité qui possède un impact très fort sur les jeunes des catégories populaires comme l'évoque M. Lavallée et al (39) : « *ces jeunes sont quotidiennement confrontés à des discours et des messages souvent contradictoires, émanant des médias et de la publicité* »

c) Le rôle primordial des relais d'informations

Plusieurs articles, dont principalement ceux de F. Régnier et A. Masullo (n° 6, 9 et 21) font la démonstration de l'importance des relais d'information.

Ceux-ci sont des intermédiaires entre le prescripteur et l'individu en surpoids, ils fournissent une information plus concrète, appuyée sur des expériences personnelles et auront dans les milieux populaires notamment une plus grande légitimité que les recommandations du médecin, parfois peu intelligibles ou dénigrées. Ces relais sont trouvés dans l'entourage du patient, mais aussi dans des structures plus institutionnelles, au travail, dans des dispositifs de perte de poids, des associations, centres sociaux, etc. Selon F. Régnier et A. Masullo(45) « *Le contact avec des personnes relais jouant le rôle d'intermédiaire entre l'individu et l'émetteur d'une prescription permet l'échange d'information avec des individus d'autres groupes sociaux. Cette information, ainsi relayée, est accompagnée d'exemples pratiques par des individus reconnus pour l'effectivité de la mise en œuvre des règles alimentaires.* »

Ces relais d'information, parfois même incarnés par de véritables « patients experts », se retrouvent de façon inégale dans l'entourage social selon, bien entendu, l'intégration de l'individu. D'où l'importance de l'intégration professionnelle notamment, car elle permet

l'accès à des relais d'information occupant une position différente dans l'échelle sociale aux conseils souvent bénéfiques selon F. Régnier et A. Masullo (45) : « *De même, amis et collègues de travail sont influents, en particulier quand ils sont perçus comme des experts en matière de contrôle de la corpulence, voire comme des idéaux, et qu'en même temps, ils sont proches des individus, d'un point de vue social, tout en occupant une position légèrement supérieure* ».

Tandis que les conseils intra familiaux, émanant souvent de personnes partageant les mêmes représentations alimentaires, pourront donc impacter plus négativement le poids dans les classes populaires car elles résistent souvent aux recommandations de santé publique.

6. Santé publique, lutte contre l'obésité et inégalités sociales

Les SHS analysent en détail les influences sur les inégalités de santé des programmes de santé publique de lutte contre l'obésité, incarnés principalement par les 4 PNNS successifs (2001-2006 ; 2006-2010, 2011-2015 et 2017-2021) et les plans (anti) obésité. Notons que les pouvoirs publics ont associé des sociologues aux comités de pilotage de tous ces dispositifs de prévention et que notre revue a sélectionné quelques articles produits pour en évaluer rétroactivement l'efficacité. Des sociologues ont aussi été insérés dans les dispositifs de perte de poids très concrets, montés dans le cadre des PNNS pour en analyser la pertinence. Leurs articles sont les n° 7, 20, 30 et 40 apportent un éclairage différent sur le vécu et les représentations des patients au sein de ces dispositifs.

a) *Des plans de lutte qui renforcent les inégalités*

Les articles de notre revue traitant des politiques de santé publique sont centrés sur les PNNS et l'information sur la nutrition et l'activité physique qu'ils délivrent, souvent sous forme de slogans et recommandations simples (5 fruits et légumes par jour » par exemple). Il s'agit des articles n° 1, 8, **9, 10, 11**, 21, 22, 25, **35, 39** et 40. Les articles en gras portant uniquement sur ce thème.

Un consensus se dégage chez ces différents auteurs affirmant que ces plans entraînent paradoxalement une augmentation des inégalités sociales de poids et donc indirectement de santé au lieu de diminuer uniformément l'obésité et le surpoids dans la population comme l'énonce J.P. Génolini et al. (62) « *De ce point de vue, cherchant à égaliser, en imposant un modèle unique, la prévention peut renforcer les inégalités de santé reproduisant les rapports sociaux de classe et de sexe.* »

P. Peretti Watel (articles n° 10 et 39) l'affirme dans ses articles. Nonobstant la classe sociale, les individus ayant les comportements les moins en accord avec les recommandations, seront toujours les plus résistants face aux campagnes de prévention (76) : « *les individus les plus exposés aux risques ciblés par les campagnes de prévention ont le plus souvent tendance à adopter, et ce pour différentes raisons, une réaction défensive et résistante face à ces campagnes* ».

Cette « résistance des gros » est cependant plus importante dans les catégories populaires. Cela est lié aux représentations sociales du corps, de l'alimentation et de la maladie de ces couches sociales, les plus éloignées du « modèle légitime ». En conséquence,

ces campagnes ont entraîné, selon certains sociologues, un creusement de l'écart pondéral qui existait entre les différentes classes sociales de la population française. Et cela via un triple processus.

Le premier étant qu'elles sont plus efficaces au sein des catégories aisées, surtout les plus éduquées, car les campagnes renforcent leurs représentations de la santé et du corps, diminuant encore la prévalence de l'obésité dans ces catégories où elle est déjà faible et aggravant le delta entre les extrêmes sociaux. En effet, ces plans s'adressent à la cible idéale, soucieuse de sa santé, ayant les ressources pour adapter facilement ses pratiques quotidiennes et investie dans la gestion des risques pesant à long terme sur son « capital santé ». Or ces cibles idéales appartiennent principalement aux catégories aisées ou moyennes le plus souvent et non aux catégories populaires qui n'ont pas cette vision durable, hygiéniste, de la maladie et de la gestion des risques sanitaires ni les moyens nécessaires comme le rappelle F. Régnier (60) : *« les recommandations nutritionnelles correspondent au style de vie des catégories aisées : elles font sens et sont aisément mises en pratique. Dans les catégories modestes en revanche, elles se heurtent à la fois aux contraintes financières et surtout aux représentations de l'alimentation, du corps et de la maladie, qui se situent souvent bien loin des recommandations. »*. Cette analyse est confirmée par P. Peretti Watel(43) : *« Elle [la prévention primaire] s'adresse en effet à une cible idéale dont les populations défavorisées et précaires sont les plus éloignées, de telle sorte qu'elle s'avère moins efficace auprès de celles-ci »*.

Le deuxième axe a été de sanctionner financièrement des pratiques à risques (taxation des sodas, de la malbouffe, etc.). Cela en a réduit la consommation dans la population générale, mais a pénalisé les populations les plus fragiles financièrement qui n'ont néanmoins

pas changé de mode de consommation, par attrait fort pour les bénéfices symboliques de ce « luxe accessible ». Le seul effet aura été de dégrader encore un peu plus leur budget selon L.G. Soler (78) : *« les politiques de taxation peuvent avoir des effets positifs en matière d'inégalités sociales de santé, mais des effets régressifs en affectant plus fortement les budgets alimentaires des ménages à plus faibles revenus »* et selon P. Peretti Watel(77) *« les mesures préventives de dissuasion qui augmentent le coût financier ou symbolique de ces conduites rendent plus précaire encore l'existence quotidienne de ces populations, et l'accroissement des inégalités sociales qui en résulte induit à terme des conséquences sur leur santé. »*

Le troisième, beaucoup plus insidieux, a été de rejeter davantage de « gros » en bas de l'échelle sociale via les discriminations. En effet, l'énorme caisse de résonance procurée par la prévention lorsqu'elle s'empare d'un sujet, teintée de morale, car s'adressant à la responsabilité individuelle de chacun devant son alimentation, a renforcé de façon diffuse les préjugés anti gros, jugés comme des « déviants ». Lorsque partout s'affichent les recommandations, celui qui ne les applique pas devient facilement un irresponsable et sera stigmatisé, selon D. Vandebroek (46) : *« même s'il s'agit d'efforts tout à fait sincères de maîtrise des effets négatifs de l'obésité, ces initiatives viennent ajouter leur propre force symbolique (d'autant plus puissante qu'elle invoque des idéaux universels, tels que le bien-être, et s'appuie sur la neutralité technique de la science) à la stigmatisation morale des plus démunis. »* Et la somme de ses discriminations sociales très diverses les fera descendre dans l'échelle sociale (cf partie analyse 1-f) voire paradoxalement grossir davantage pour certains, creusant davantage l'écart pondéral entre les classes sociales et renforçant le cercle vicieux des stigmatisations.

Les auteurs conseillent donc des dispositifs d'aide à la perte de poids beaucoup plus proche du terrain, concret et s'appuyant sur l'expérience de personnes de ces catégories sociales pour réussir là où les campagnes nationales échouent. C'est le constat des sociologues et la conclusion de F. Régnier dans un de ses articles (43) « *plutôt qu'un discours alarmiste tous azimuts (bien souvent culpabilisant et dont un des effets peut être l'accroissement des inégalités, car n'y sont sensibles que les membres des catégories aisées), ne conviendrait-il pas de mener une politique préventive de santé publique portant sur l'ensemble de ces catégories modestes, qui tienne compte des préoccupations, des pratiques et des représentations des groupes touchés par l'obésité ?* »

Enfin, signalons que l'article n°39 de P. Peretti Wattel et al. (76) définit 4 profils de récepteurs des messages de santé publique, les **réceptifs**, les **anxieux**, les **méfiant**s et les **hostiles**. Il note une certaine efficacité de ces messages, puisque : « *25 % des enquêtés disent avoir durablement modifié leur alimentation au cours des douze derniers mois et 14 % déclarent l'avoir fait seulement temporairement* » et que les personnes les plus réceptives aux campagnes de prévention publiques sont plus souvent féminines, jeunes et diplômés. Les méfiantes et les anxieuses qui appliquent moins les recommandations sont selon cet article moins dotés en capital culturel et économique. Fait notable, les profils hostiles aux messages préventifs se rencontrent, selon cet article, dans toutes les couches de la population (76) : « *les hostiles ne présentent pas de profil sociodémographique particulier* ».

b) Les dispositifs de perte de poids : apport des sociologues.

Notre revue a sélectionné deux articles centrés sur l'étude de dispositif d'aide à la perte de poids. Le premier est celui d'A. Lhuissier (n°20) étudie un groupe financé dans le cadre du PNNS, à Lille entre janvier et septembre 2003. Il s'agissait d'un dispositif de conception médical, comprenant des diététiciennes, une psychologue et un animateur sportif. Il était adressé à des personnes obèses de milieux défavorisés recrutés via les cabinets de médecine générale. Les participants étaient surtout des femmes âgées vivant seules. L'étude de ce dispositif par la sociologue, en démontre l'échec patent, reposant sur une erreur de définition des préoccupations du public, et permet d'en tirer des conclusions générales. Ces femmes obèses y cherchaient un régime personnalisé et une démarche curative, très médicale. Elles y ont rencontré une démarche sociale, de prévention publique avec en arrière-plan des visées éducatives axées sur la famille et la prévention de l'obésité infantile qui ne répondait pas à leurs attentes, mais ont aussi heurté leurs RS alimentaires et donné une impression moralisatrice de tentative d'éducation populaire ce que décrit A. Lhuissier ainsi « *Le changement de registre du curatif au préventif, caractéristique des projets de réforme des normes familiales (Darmon, 1999), s'est ici opposé à la bonne marche du groupe.* » La sociologue recommande donc de ne pas imposer à l'échelon local l'éducation familiale nécessaire à la mise en pratique des politiques de prévention sanitaire à des patient(e)s dont les attentes sont beaucoup plus prosaïques (perte de poids individuelle et recherche de lien social). Ce dispositif et ce seul article ne peuvent bien entendu nous donner de solution forte, mais indiquent néanmoins les erreurs à ne pas commettre.

Le deuxième article de J.P. Génolini et al (n° 40 dans le tableau) étudie plusieurs dispositifs de perte de poids au travers de 80 entretiens biographiques réalisés avec 57 patients obèses recrutés sur six terrains qui couvrent la diversité des offres : deux centres de rééducation, un réseau sur l'obésité de l'enfant, un cabinet-conseil, un groupe commercial et des démarches personnelles. Il conclut que chaque dispositif attire des patients différents socialement, qu'ils sont donc tous nécessaires et complémentaires. Il remarque que les désirs de changements alimentaires et physiques pour façonner son corps différemment sont complètement autonomes chez les obèses et qu'il ne faut donc pas forcément associer systématiquement ces deux leviers pour séduire les participants. Enfin, les dispositifs les plus intéressants selon les auteurs sont ceux qui ne s'axent pas sur la responsabilité et l'apprentissage individuel des recommandations nutritionnelles, mais ceux qui accueillent, accompagnent et diffusent les techniques de soin, par un accès égal aux ressources médicales et aux groupes de pairs aboutissant plus à des « auto-soignants » ayant intégrés les pratiques utiles qu'à des « sensibilisés aux risques » qui ne changeront souvent pas durablement de comportements. Cette égalité sociale face aux ressources est davantage retrouvée à l'hôpital et dans les centres de rééducation où le séjour « tous à la même enseigne » et l'isolation des contraintes de la vie quotidienne permettent un travail collectif « *d'incorporation des limites corporelles de l'effort et de l'excès* » selon cet article.

Les autres articles de notre revue qui évoquent les dispositifs de perte de poids (n°2, 7, 9, 24, 27, 30) décrivent l'importance des relais d'information (personnes issues d'un milieu social proche et bénéficiant d'une grande crédibilité), plus légitimes dans les milieux populaires pour faire de l'éducation nutritionnelle qu'elle soit curative ou préventive et familiale. Pour résumer, il faut intégrer les patients et leur entourage aux dispositifs comme le souligne J.P. Corbeau (59) « *Plutôt que « d'imposer » des normes à travers des campagnes*

médiatiques, il est préférable, nous semble-t-il, d'intensifier les actions ciblées sur le terrain avec des équipes qui ne culpabilisent pas d'emblée les mangeurs auxquels elles s'adressent. »

N. Darmon et al. le martèlent aussi (65) : *« les interventions les plus efficaces sont celles qui reposent sur des composantes multiples, sont adaptées au contexte local et sont basées sur les structures sociales existantes, mais aussi celles qui impliquent les participants à toutes les étapes de l'action, de sa planification à sa mise en œuvre »*. Enfin, ajouté à l'information nutritionnelle, un travail sur toutes les composantes annexes du repas - soit la répartition des rôles domestiques et les représentations alimentaires et corporelles - et contre l'isolement social est décrit par les auteurs comme primordial pour le succès des dispositifs de perte de poids, même si aucun exemple concret de dispositif réunissant tous ces aspects n'a pu être étudié dans les articles de cette revue.

c) *Socioception*

La sociologie de l'alimentation propose aussi une réflexion sur ses propres méthodes et la pertinence de sa vision d'un champ social. Elle débat également des leviers d'action pour modifier ce qu'elle découvre. Ainsi, selon Claude Grignon notamment, plus les explications sociologiques sont étayées, fortes et bien démontrées et plus la possibilité de les contrer est faible (51) : *« Plus les déterminismes que la sociologie met en évidence sont puissants, plus l'explication sociologique est pertinente, et plus les possibilités d'action offertes par l'expertise sociologique sont limitées. »*

Cette pratique de s'interroger sur la pertinence, la méthode et les outils d'analyse d'un champ social est caractéristique des sciences humaines et sociales. Cette approche est féconde mais

sort du champ de notre étude. Isolons simplement une remarque intéressante de C. Grignon dans l'article n°31 (51) qui dans son analyse épistémologique de la sociologie de l'alimentation débat de cette prise impossible du médecin sur les mécanisme sociaux dès lors abusivement transformés en problèmes psychologiques du patient: *« Dans la présentation de ses prescriptions, dans sa relation avec le patient, le médecin peut tenir compte des dispositions liées à l'origine et à la position de celui-ci ; il peut essayer de les infléchir, de les tourner, mais il ne peut pas agir sur les causes profondes qui sont à l'origine de ces dispositions et qui les entretiennent. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les obstacles sociologiques à l'acceptation et à l'observation des prescriptions et des normes relatives à l'alimentation soient souvent perçus comme des obstacles psychologiques. »*

VI. DISCUSSION

« L'obésité requiert la pluridisciplinarité, et tisse des liens étroits entre des disciplines qui n'ont pas toujours l'habitude de dialoguer. » T. de Saint Pol(37)

A. SYNTHÈSE DE LA QUALITÉ DES ARTICLES

1. Articles littéraires

En premier lieu, notre revue regroupe 12 articles de synthèse que nous avons étiqueté « littéraires » car ils exposent le point de vue d'un auteur qui appuie son propos sur les travaux d'autres auteurs et d'autres articles. Dans ces articles les auteurs compilent des travaux et des connaissances sur un sujet et en donne leur opinion. Ils sont néanmoins pertinents car issus de revues prestigieuses en sociologie ou anthropologie et pour 7 articles sont issus de revues médicale à comité de lecture laissant une place à la vulgarisation sociologique comme par exemple la revue « Médecine des maladies métaboliques ».

Ces 12 articles apportent un résumé des courants de pensée et des publications importantes proposées par Les SHS. Ils sont tous écrits par des auteurs reconnus dans leur discipline, appuyés sur une bibliographie et citent des travaux d'autres auteurs réputés. Ils trouvent donc l'approbation de leurs pairs concrétisée par une place dans ces revues de qualité et par conséquent dans notre revue de littérature.

Les critères de qualités qu'ils présentent tous sont donc : des auteurs reconnus ; une analyse basée sur les données d'articles scientifiques rigoureux en SHS et leur publication dans des revues prestigieuses de la discipline.

2. Articles scientifiques

Parmi les 28 articles scientifiques : 11 articles utilisent une méthode quantitative pure, 11 articles une méthode qualitative pure et 6 articles une méthode mixte (qualitative et quantitative). Il est donc impossible d'appliquer Les critères PRISMA (79) faisant référence dans le domaine des revues de littérature médicale à ces articles beaucoup plus basés sur des recherches qualitatives et moins quantitatives. Nous nous sommes plus inspirés de la méthode d'évaluation de référence en médecine pour les recherches qualitatives, soit la méthode SQUIRE 2.0 (46). Même si cette méthode est inapplicable stricto sensu à nos articles de SHS car leurs matériels sont, sans jugement de valeur, moins strictement décrit et leurs plans moins strictement organisés que dans les articles médicaux. Elle nous a néanmoins inspirée pour sélectionner des articles pertinents. Mais il convient de signaler que cette fois encore, le sens critique de l'auteur de cette thèse aiguisé par les conseils d'un sociologue exerçant à l'université de Bourgogne furent les principales aides pour l'évaluation de la qualité des articles sélectionnés.

Nous avons donc là aussi sélectionné des articles d'auteurs reconnus par la discipline, publiés dans des revues sérieuses, et basé sur des protocoles de recherche validés. Nous avons conscience que la plupart des articles proposés ici portent sur de faibles échantillons et manquent de « double aveugle » mais que ces paradigmes médicaux sont inapplicables et

incongrus en sociologie. Le lecteur devra donc nous pardonner le manque d'outils rigoureux d'évaluation et nous croire sur paroles et est invité à se faire une opinion plus précise en compulsant ces articles.

B. LES CONCLUSIONS DU PROGRAMME FETOMP VUES SOUS LE PRISME DES ENSEIGNEMENTS TIRES DE NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE

Cette revue de littérature nous pousse bien à considérer l'obésité comme un problème social, avant d'être un problème médical. C'est ce que nous a appris la partie de la bibliographie qui se penche sur la **sociologie du corps**.

Les définitions du corps idéal, et l'importance accordée à l'écart entre « corps qui est » et « corps qui devrait être » est, comme on l'a vu, variable et socialement situé. Ce constat est corroboré d'abord par les observations de consultations de MG en QPV effectuées lors de FETOMP 1 qui montrent la difficulté à avoir prise sur la situation pondérale de la patientèle. Ainsi, 3 thèses nous éclairent sur la distance entre médecine générale et perte de poids des patients précaires. Le 1^{er} résultat fondamental est mis en avant par Déborah Fontès : le poids n'est pas un sujet de consultation dans les QPV. Quand bien même la prévalence de l'obésité y est forte. Dès lors, comme le relève Marine Maubert-Dainotto, les prises en charge médicales proposées, irréalistes, restent lettre morte ou aboutissent à des échecs. Enfin, Baptiste Gault expose comment le grand écart entre l'analyse d'une causalité extra-médicale par les patients et un angle de prise en charge dominé par la médicalisation débouche sur des

échecs culpabilisants et sur des cercles vicieux délétères en termes de santé. On peut insérer ici un des grands résultats du programme : **les régimes restrictifs sont iatrogènes.**

Pourtant, l'approche des sciences humaines et sociales est encore loin de mettre en avant unanimement ce dangereux non-sens de vouloir faire maigrir les patients à coup de conseils hygiéno-diététiques. Ainsi, les travaux qui analysent des dispositifs et pratiques visant à la perte de poids étudient comment ces dispositifs fonctionnent et pourquoi ils donnent ou non les résultats attendus en fonction des propriétés sociales des différents acteurs. Ils montrent certes la dimension sociale et politique du phénomène d'obésité, mais sans questionner la pertinence même de chercher à traiter celle-ci sous l'angle médical. Une partie des articles reprend cette « cause médicale » de la désirabilité de la minceur sans l'interroger. Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, l'obésité est un facteur de risque reconnu de maladies diverses (cardio-vasculaires, endocriniennes, cancéreuses ...), cependant, sa caractérisation en tant que maladie en soi ne fait pas consensus. On peut alors se poser la question : n'est-on pas plus néfaste à vouloir faire maigrir les gros à tout prix – sous prétexte d'objectifs de santé publique – qu'à leur proposer une prise en charge plus globale, sans objectif chiffré de perte de poids ? Notre programme va même jusqu'à questionner l'intérêt d'une prise en charge médicale stricto sensu des problèmes de poids. D'autant que le « gros » dans les représentations sociales liées à la norme de minceur ne recouvre pas toujours l'obèse au sens médical.

Ce changement d'angle d'attaque – est-il pertinent de s'attaquer au surpoids en tant que problème de santé public prioritaire ? - est abordé par FETOMP 2 quand, suite au constat d'échec des prises en charge médicale du surpoids, nous avons compris que c'était aux conditions matérielles des obèses, en dehors du cadre médical, qu'il fallait nous intéresser.

Notamment pour résoudre l'énigme mise en avant par la littérature de la sociologie de l'alimentation et de l'AP : les individus connaissent les recommandations, pourquoi ne les appliquent-ils pas ?

FETOMP 2 par son observation des conditions matérielles d'existence de personnes précaires et en surpoids sonne le glas de l'espoir d'une quelconque emprise médicale sur la résolution du problème de l'obésité. Dès lors la vision de départ (thèse M. Burger) qui répond à la problématique initiale « comment accompagner la perte de poids chez les patients en MG ? » se retrouve dépassée par les conclusions suivantes du programme : **il faut changer notre regard, souvent stigmatisant, sur les gros** en ne les considérant plus comme individuellement responsables de leur sort **et chercher à comprendre leur histoire pondérale individuelle** en analysant les ressorts sociaux.

En effet, en pratique, le pas entre lutte contre le facteur de risque qu'est l'obésité et stigmatisation ou discrimination liées au surpoids est trop souvent franchi. Généralement par ignorance et maladresse. L'effet en termes de rupture de la relation de soin -donc de renforcement des inégalités de santé- est un risque réel, dont l'impact est peut-être bien plus néfaste que celui du seul surpoids. Il conviendrait alors de pouvoir détacher dans le discours médical les bénéfices d'une alimentation plus conforme aux recommandations nutritionnelles et d'une AP accrue, de la perte de poids ; de ne pas fixer d'objectifs chiffrés de perte pondérale mais plutôt des objectifs plus subjectifs, en termes de bien-être psycho-social et physique.

Obésité, alimentation et sédentarité sont chacun un facteur de risque médical. L'obésité n'est qu'un facteur de risque. Il serait donc intéressant d'abandonner la posture stigmatisante qui consiste à en faire LE facteur de risque premier. L'acceptation de la situation pondérale du patient comme une de ses caractéristiques sans y porter de jugement est la

dernière des grandes conclusions du programme. Cependant, cet accueil égalitaire peut sembler bien abstrait au moment où l'on réfléchit à sa pratique médicale. Cela nécessite en effet une évolution relationnelle souvent non conforme à notre formation initiale. Cela réclame du temps, de la formation et de la communication ; à l'échelon de la pratique individuelle et a fortiori à celle de la profession. Cependant, nous proposons une conclusion concrète, donc plus facile à appliquer puisque matériellement appréhendable. Afin de ne pas faire du « patient gros » un malade de seconde zone, assurons nous d'avoir dans nos cabinets et nos services **du matériel adapté à la corpulence de tous**. Cela peut sembler un détail, mais l'inscription matérielle de son anormalité supposée est très dommageable à la relation de soin comme à l'estime de soi du patients, deux facteurs importants de la santé, au sens de l'OMS, qu'il fait partie de notre pratique de protéger.

C. LIMITES

Notre démarche s'appuie sur une revue de littérature et comme toute revue de littérature elle est soumise à des biais de sélection et de publication.

Du fait de l'exploration de multiples bases de données et de leurs moteurs de recherche différents, un algorithme de recherche unique n'a pu être utilisé systématiquement et cela expose à des biais de sélection.

Les revues et bases de données des sciences sociales sont nombreuses et certaines n'ont pas été exploré comme Web of Science (cf partie II/ D/ 1) partiellement consacré aux SHS. Mais nous avons aussi découvert trop tard deux métabases de données :

- *Isidore* (<http://isidore.science>) qui compile les métadonnées en SHS de plusieurs bases principalement en libre accès (dont certaines explorées dans notre thèse comme CAIRN, OpenEdition ou HALshs)

- et *PSL explore* (<http://explore.psl.eu>) plus riche en vastes bases de données généralistes, anglo saxonnes et francophones (sciences direct, pubmed, Cairn, Garnier, etc...).

Cela pourrait expliquer pourquoi aussi peu d'articles sur l'étude de l'activité physique ont remontés dans nos recherches, malgré une série de mots clés utilisé dans les moteurs de recherche pour trouver des articles spécifiquement tournés vers l'activité physique : « obésité AND sport » ; « obésité AND sociologie AND activité physique » et « obésité AND 'activité physique' ». Les revues de publication des productions sur l'activité physique n'ont peut-être pas été identifiées, ou n'étaient pas référencés sur les bases explorées, ou bien les seuls mots clés utilisés, associant obésité et activité physique n'étaient pas pertinents.

Une actualisation de cette thèse incluant les autres bases de données repérées plus haut et des mots clés différents sur l'activité physique et le sport serait à l'avenir intéressante.

Ensuite, la qualité est sujette à précaution. En effet le plan IMRAD était absent de la plupart des articles et les analyses statistiques n'était pas formellement et systématiquement décrites par chaque article ce qui rend parfois l'évaluation difficile pour un néophyte en sociologie. Il nous a semblé par exemple très fréquent que les échantillonnages des populations enquêtées dans les articles reposant sur des entretiens semi dirigés était peu décrits par les auteurs.

La diversité est aussi questionnable car sur 40 articles, 17 sont publiés dans des revues médicales dont 9 sont des revues de santé publique ou d'épidémiologie et les autres

principalement des revues de nutrition ou d'endocrinologie. Les auteurs de ces articles sont tous des sociologues ou des anthropologues, mais trouvent-ils un écho supérieur grâce à ces revues médicales ou bien est-ce un biais de sélection lié au parcours de formation de l'auteur de cette thèse ?

Nous relevons aussi l'absence d'enquête longitudinale dans notre revue alors qu'elles font partie du panel méthodologique des sciences humaines.

Enfin, inhérent au rédacteur de la thèse et sa formation médicale il existe un biais de confirmation et de simple exposition que nous avons le plus possible écarté en scannant toutes les hypothèses avancées par les sciences sociales sans retenir uniquement les questionnements classiques de la médecine. Néanmoins sur les articles portant sur l'attitude des médecins généralistes et des agents médicaux envers les obèses ce biais pourrait être plus présent. La formation médicale de l'auteur a sûrement engendré une sélection plus importante des articles rédigés selon le plan IMRAD pour être publiés dans des revues médicales, même s'il a essayé de s'en garder au maximum.

D. CONCLUSION

« Les sociétés contemporaines créent des obèses, mais ne les supportent pas »

Pr. Jean Trémolière, fondateur de la nutrition française, cité dans Sociologie de l'obésité,

2009, J.P Poulain, éd : PUF p.31

L'obésité est une maladie complexe, touchant des domaines larges à l'intersection du médical, du psychisme et de nombreux mécanismes sociaux autour des personnes en surpoids. Elle requiert donc la pluridisciplinarité. L'objectif de cette revue de littérature était d'analyser, par un néophyte en sciences sociales, les connaissances et les questionnements des sciences humaines et sociales sur les thèmes du poids et de la précarité. La méthode utilisée était une recherche électronique systématique dans six bases de données alimentées par les sciences humaines. Elle a permis de sélectionner 40 articles publiés entre 2005 et 2017. Cette recherche s'incluait dans le projet FETOMP (Formation à l'éducation thérapeutique des obèses en milieu populaire) qui s'appuie entre autres sur un travail en co-construction de doctorants issus de plusieurs disciplines de l'université de Strasbourg (médecine générale, sociologie et STAPS) pour réfléchir à la prise en charge des obèses en QPV (Quartiers prioritaires de la ville).

Les principaux résultats montrent que la problématique du poids et de l'obésité est saisie par les sciences humaines et sociales via plusieurs prismes.

En premier la sociologie du corps analyse le corps idéal valorisé dans notre société puis recherche s'il est le même dans les différents milieux sociaux. Après avoir constaté une minceur désirée par tous, car fortement associée à l'esthétisme et à la séduction, elle constate une forte discordance entre corpulence réelle des milieux « populaires » et leur minceur désirée. Les travaux sociologiques restituent donc les positionnements des différents groupes sociaux face à ce corps idéal selon leurs représentations sociales corporelles. Ils analysent ensuite d'où proviennent les normes corporelles, comment elles sont justifiées par la science et la médecine invoquant la santé, la rationalité via la responsabilité individuelle notamment et concluent que ces normes sont en fait superposables aux normes esthétiques permettant un phénomène de « distinction » des classes sociales aisées. L'analyse sociologique aboutit au constat que les catégories sociales qui possèdent un fort capital économique, mais surtout un capital culturel important montrent la plus grande adhésion à ces normes qui sont en accord avec leurs représentations sociales corporelles et qu'à l'inverse les milieux populaires les moins pourvus en capital culturel ont d'autres représentations du corps, plus corpulentes et fonctionnelles. La sociologie présente donc le corps idéal comme imposé par les classes dominantes via leur puissance symbolique forte, ce qui explique la résistance aux messages de santé publique des populations les plus exposées au risque d'obésité malgré leur information sur les risques d'une telle corpulence car elles y heurtent des représentations du poids nettement différentes. Elle relève aussi que les représentations du corps sont sujettes à des variations selon le genre, une corpulence élevée est plus souvent dénigrée chez les femmes que chez les hommes et cela nous renseigne sur les rapports de domination hommes/femmes présents dans notre société que décryptent abondamment les sociologues. L'étude sociologique constate que les préoccupations de minceur évoluent aussi avec l'âge : pour les femmes on remarque d'abord une association avec l'envie de séduire dans la

jeunesse, ensuite effacée par la maternité et les préoccupations de l'âge « actif » puis réactualisée en lien avec la notion de « care » à partir de 50 ans. Pour les hommes on retrouve une injonction à maigrir plus tardive, émanant des médecins principalement. Enfin, elle montre que le surpoids et l'obésité sont fréquemment associés à des stigmatisations et discriminations fortes dans de multiples domaines (emploi, salaire, socialisation, pratique sportive, santé, etc.) entraînant l'exclusion sociale des gros et l'ascension des minces.

La deuxième partie de cette thèse analyse la sociologie de l'alimentation qui imprègne une majeure partie des articles sélectionnés (34 sur 40). Les sociologues se penchent sur la place du modèle alimentaire français dans la résistance au surpoids et concluent qu'en privilégiant le plaisir et la commensalité celui-ci a des effets négatifs dans les cadres festifs mais positifs dans la vie quotidienne en ce qui concerne les mangeurs suffisamment pourvus en capitaux culturels et sociaux. En analysant les représentations sociales d'une bonne alimentation, les sociologues retrouvent quatre groupes sociaux principaux. Les classes aisées, les classes intermédiaires, les classes populaires « démunies mais insérées » et les classes populaires les plus précaires car démunies et désinsérées. Ils montrent une opposition forte entre l'alimentation diététiquement saine, valorisée par les classes aisées et l'hédonisme alimentaire, favorisant la « malbouffe » assumée de façon presque épicurienne par les classes populaires insérées. Les classes intermédiaires copient fortement l'alimentation « saine » des classes aisées par proximité sociale et désir d'ascension. Il est retrouvé chez les classes populaires « stables dans la pauvreté » des représentations alimentaires favorisant les aliments gras et sucrés en accord avec leur tolérance des rondeurs enfantines, avec le concept de revanche sociale que procure l'alimentation et de la nécessité de fournir au « corps outils » le carburant nécessaire à une forte dépense énergétique encore très présente dans leurs

imaginaires, alors que cette dépense est très diminuée depuis la mécanisation industrielle. La privation économique des classes précaires et désinsérées se caractérise, quant à elle, par une alimentation de survie très éloignée du moindre hédonisme ou désir d'équilibre nutritionnel mais de fait très peu saine.

La sociologie de l'alimentation se penche aussi fortement sur le rôle du genre dans l'alimentation. Elle constate que les rôles domestiques encore très différenciés entre hommes et femmes et les représentations inhérentes au genre amènent une alimentation et une diététique très différente pour chaque groupe genré. Les femmes étant majoritairement responsables de l'élaboration des repas, elles sont aussi plus sensibles aux calories, aux catégories nutritionnelles et aux thématiques du manger sain que les hommes. Ceux-là font aussi, selon les sociologues, plus souvent barrage à l'établissement de nouvelles règles diététiques. Un effet de l'âge sur l'alimentation n'a pas pu être relevé dans notre revue. Enfin l'impact de l'intégration sociale dans l'alimentation étudiée par les sociologues montre que l'isolement social est fortement corrélé à la déstructuration alimentaire, génératrice d'obésité.

La sociologie de l'activité physique montre aussi des disparités selon la catégorie sociale et le genre principalement. Les catégories populaires favorisent moins les différentes activités physiques du quotidien (marche, escaliers, etc...) et le sport à cause de contraintes économiques et d'obstacles liés à leur environnement bâti ainsi que de certaines représentations péjoratives. A l'inverse, les classes aisées et éduquées les intègrent volontiers dans tous les domaines possibles. Les sociologues notent par ailleurs de nombreux freins à la promotion de l'activité physique par les médecins généralistes pour quatre motifs : peur de complications pathologiques, faute de temps accordé en consultation, défaut de formation,

et absence de relai identifié. Dans ce cadre l'extension au niveau national du dispositif local « Sport-Santé sur ordonnance » expérimenté à Strasbourg pourrait être hautement bénéfique.

La sociologie se montre aussi très critique vis-à-vis des discriminations que véhiculent le corps médical et paramédical. Elle montre que les représentations des médecins et des patients en surpoids sont à l'origine de nombreuses stigmatisations, incompréhensions et du découragement des deux parties. En analysant les effets des campagnes de santé publique et des dispositifs de perte de poids, les travaux de cette revue de littérature concluent que la prévention peut renforcer les inégalités sociales de corpulence si elle n'est pas adaptée à chaque milieu social et au terrain, car elle modifie surtout les pratiques des classes supérieures, qui sont déjà les moins touchées par le surpoids. On retrouve aussi une « cacophonie diététique » orchestrée par de nombreux agents sociaux qui dégagent des profits économiques lucratifs grâce à la lutte contre le surpoids. Ces mêmes agents sont responsables d'une confusion extrême chez le consommateur par la promotion permanente de leur « produits de régime » qui entre souvent en collision avec le message des scientifiques en nutrition.

Enfin en recentrant le mangeur autour de ses nombreuses influences sociales, la sociologie élabore des pistes de réflexion intéressantes pour lutter contre le surpoids. Du fait de sa posture épistémologique elle émet par nature peu de recommandations strictes, mais notre revue dégage un consensus pour une approche non discriminante, pluridisciplinaire, intégrant des patients des catégories populaires et des relais d'information crédibles dans des dispositifs de perte de poids encadrés médicalement. Les auteurs mettent aussi l'accent sur

la nécessité pour le médecin et les pouvoirs publics d'articuler le changement nutritionnel avec le changement de toutes les composantes annexes du poids : représentations alimentaires et corporelles, y compris celles du médecin lui-même, rôles domestiques et lutte contre l'isolement social que génère la discrimination anti-gros.

Les enseignements de cette revue de littérature en sociologie sur les sujets du poids et de la précarité sont donc de dépasser une vision médicale simpliste d'apports et de dépenses énergétiques régulées uniquement par la bonne ou mauvaise responsabilité individuelle de chacun, pour enfin reconnaître les réseaux d'influences et de représentations sociales générant le « bon » ou le « mauvais » poids à l'échelle du patient mais issues de lutte d'influences de nombreux agents sociaux dans son environnement. C'est donc à l'échelle macroscopique qu'il convient de se coordonner pour qu'enfin s'accordent les violons du bon poids, à tous les échelons de la société, y compris dans la précarité.

Vu

Strasbourg, le 08/06/2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur J. C. Weber



VU et approuvé
Strasbourg, le **14 SEP. 2020**
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Science de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



A. TABLEAU DES ARTICLES PAR TYPE DE PRODUCTION

1. Tableau des articles de synthèse (12 articles)

<i>Numéro attribué</i>	<i>Auteur(s)</i>	<i>Titre</i>	<i>Publication</i>
1	Nicole Darmon et al.	Alimentation et inégalités sociales de santé en France	Cahiers de nutrition et de diététique (2013) 48, 233—239
4	Jean Pierre Corbeau	La construction de l'obésité	Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 8, Issue 3, June 2014, Pages 275-278
5	Thibaut de Saint-Pol	Obésité, alimentation et image du corps	Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 8, Issue 3, June 2014, Pages 271-274
8	Patrick Watel Peretti-	De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids	Cahiers de Nutrition et de Diététique, Volume 46, Issue 4, Septembre 2011, Pages 173-177
10	Patrick Watel Peretti-	La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 61, sup. 3, aout 2013, Pages S158-S162
11	Louis Georges Soler	Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ?	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 64, sup. 2, Avr. 2016, Pages S55-S60
16	Mabel Gracia et Jesús Contreras	Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle	Corps 2008/1 (n° 4)
18	Thibaut de Saint Pol	Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)
19	Georges Vigarello	L'obésité, mal identitaire, mal sournois	Esprit 2010/2 (Février) p. 212
28	José Luis Moreno Pestaña	HARO SUR LES GROS	Le Seuil | « Actes de la recherche en sciences sociales » 2015/3 N° 208 | pages 4 à 13

31	Claude Grignon	Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ?	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fév. 2015. Lavie des idées.fr
35	Henri Bergeron et al.	Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs	Questions de santé publique, 2014, pp.1 - 4

1. Tableaux des articles scientifiques (28 articles)

a) Par méthode qualitative pure (11 articles)

Numérotation	Auteurs	Titres	Revue et date
3	Degrange et all	Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille	Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 9, année 2015, num 6, p 559-565
7	Faustine Régnier, Anne Lhuissier	Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin	Recherches en économie et sociologies rurales N° 3-4 - déc 2005 - 20ème année ISSN 0988-3266
15	Philippe Longchamp	Goûts de liberté, goûts de nécessité. Quand la diététique s'en mêle	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 59-82
20	Anne Lhuissier	Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence	Journal des anthropologues 2006/3 (n° 106-107)
22	Solenn Carof	Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67 p.280)
23	Solenn Carof	Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141)
24	Solenn Carof	Les représentations sociales du corps gros : un enjeu conflictuel entre soignants et soignés	Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé 14 | 2017
25	Bloy G. et all	Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation.	S.F.S.P. | « Santé Publique » 2016/HS S1 | pages 153 à 161
30	Olivier Lepiller	Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141) p. 368

37	Marguerite Lavallée et al.	Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants	Revue de l'Université de Moncton Vol. 35, n° 2, 2004
40	Jean-Paul Génolini et al.	« Dispositifs et dispositions », la transformation des pratiques alimentaires et physiques en éducation pour la santé : le cas de l'obésité et des maladies cardiovasculaires	Global Health Promotion, 2013; Vol. 20 Supp. 2: 54-58

b) Par méthode quantitative pure (11 articles)

N°	Auteur(s)	Titre	Revue, année de publication
2	Faustine Régnier	Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis	Cah. Nutr. Diét., 41, 2, 2006
12	A. Afrite et al.	Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (Intermède)	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 56, Issue 6, Supplément, Oct. 2008, Pages S367-S368
13	C. Crutze et al.	L'exploration des perceptions relatives à l'excès de poids pour mieux comprendre les difficultés dans la prise en charge de l'obésité : une étude populationnelle exploratoire	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 65, Issue 3, Juin 2017, Pages 209-219
14	Laetitia Gimenez	La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ?	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 64, Issue 2, Avril 2016, Page 133
17	Mark C. Pachucki	Alimentation et réseau social : une étude sur « le goût par nécessité » en contexte social	Sociologie et sociétés, 46 (2), 229-252
29	Dieter Vandebroek	Distinctions charnelles Obésité, corps de classe et violence symbolique	Le Seuil. Actes de la recherche en sciences sociales 2015/3 (N° 208) Le poids des corps. Page 112
32	Thibaut de Saint Pol.	Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent	Bulletin Epidémiologique AFSSA, 2008, pp.175-179
33	Thibaut de Saint Pol.	Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe	Données sociales 2006 - La société française, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2006, pp.649-656.

35	René Patesson	Enquête sur les comportements et styles de vie associées à l'alimentation.	Enquête sur les styles de vie associées à l'alimentation. 2006.
38	Anne Lhuissier et al.	Deux ou trois repas par jour ? Des rythmes alimentaires sexués en région parisienne.	INRA sciences sociales, INRA - Institut national de la recherche agronomique, 2014. <hal-01594513>
39	Patrick Peretti-Watel et al.	La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes.	Evolutions 2009;18, http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf .

c) *Par méthode mixte : qualitative et quantitative (6 articles)*

N°	Auteur(s)	Titre	Revue, année de publication
6	Régnier F, Masullo A.	Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale.	Revue française de sociologie 2009/4 (Vol. 50)
9	Faustine Régnier	La perception des messages de santé par les populations défavorisées	Cahiers de Nutrition et de Diététique, Volume 46, Issue 4, September 2011, Pages 206-212
21	Régnier F, Masullo A.	Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire.	Rev Etud Agric Environ 2010 ;91(2):185—208.
26	Valérie Adt	Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité	Recherche en soins infirmiers 2011/3 (N° 106)
27	T.Fournier et JP Poulain	Suivre ou s'écarter de la prescription diététique	Sciences sociales et santé 2012/2 (Vol. 30)
36	Marguerite Lavallée et al.	Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants	Revue de l'Université de Moncton Vol. 35, n° 2, 2004

B. BORDEREAU DE RECHERCHE

A lire sur les 2 pages adjacentes, chaque ligne se prolongeant en face (format F3)

<p>..... </p>	<p>..... </p>		<p>..... </p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>
<p>sciencesdirect (recherche expert)</p>	<p>16 11 17</p>	<p>obésité AND précarité (recherche expert)</p>	<p>322</p>	<p>7</p>	<p>6</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>obésité AND précarité + filtre par disciplines SHS</p>	<p>21</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>Obésité OR surpoids OR corpulence AND précarité (in all sciences)</p>	<p>381</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>Obésité OR surpoids OR corpulence AND précarité + filtre par disciplines SHS</p>	<p>69</p>	<p>1</p>	<p>0</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>gros AND précarité</p>		<p>0</p>	<p>0</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>grossophobie</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>sciencesdirect</p>	<p>20 11 17</p>	<p>fatphobia</p>	<p>12</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

NOM DES ARTICLES LUS	AUTEUR(S)	REVUE / EDITION	RETENU ?
Inégalités sociales de santé dans le Nord-Pas-de-Calais : relations entre un indicateur individuel de précarité et des indices agrégés de « défavorisation »	Labbe et al.	revue d'épidémiologie et de santé publique	non
analyse de livre : <i>Sociologie de l'obésité</i> Jean-Pierre Poulain, Presses universitaires de France (PUF)	J.-L. Schlienger		non
Les dimensions sociales de l'obésité (2001)	JP Poulain	Journal de pédiatrie et puericulture 2001. Et <i>Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant, Expertise Collective, Paris, INSERM, pp. 59-96. 2002</i>	non
Alimentation et inégalités sociales de santé en France	Nicole DARMON, Gabrielle CARLIN	<i>Cahiers de nutrition et de diététique (2013) 48, 233—239</i>	oui
Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis	Faustine Régnier	Cahiers de Nutrition et de Diététique, vol 41, 04-2006, num 2, p 97-103	oui
Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth	R Casey and al	International Journal of Obesity (2012) 36, 914 -- 919	non

sciencesdirect	20 11 17	obésité AND précarité AND médecin*	263	1	0
sciencesdirect	21 11 17	obésité AND précarité AND médecin*[All Sources(Arts and Humanities,Environmental Science,Social Sciences)].	20	0	0
sciencesdirect	21 11 17	corpulence AND précarité AND médecin* + filtre par disciplines SHS	2	0	0
sciencesdirect (recherche expert)	21 11 17	gros AND vécu AND représentations sociales	438	3	4
sciencesdirect	21 11 17	gros AND vécu AND "représentations sociales"[All Sources(Arts and Humanities,Social Sciences)]	8	1	1

Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille	Degrange et all	<i>Médecine des Maladies Métaboliques , Volume 9, année 2015, num 6, p 559-565</i>	oui
La construction de l'obésité	JP corbeau	<i>Médecine des Maladies Métaboliques , Volume 8, Issue 3 , June 2014 , Pages 275-278</i>	oui
Obésité, alimentation et image du corps	de Saint-Pol T.	<i>Médecine des Maladies Métaboliques , Volume 8, Issue 3 , June 2014 , Pages 271-274</i>	oui
Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale.	Régnier F, Masullo A.	..... .....	oui
Représentations : pour une indispensable rigueur méthodologique en éthique médicale.	Tomczyk M, et al.	Éthique et santé (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j.eti.2017.07.012	non
sociologie de l'obésité (livre JP Poulain)	JP Poulain	PUF 2009	non
La construction de l'obésité	JP corbeau	<i>Médecine des Maladies Métaboliques , Volume 8, Issue 3 , June 2014 , Pages 275-278</i>	déjà lu
L'obésité en question - Analyse transdisciplinaire d'une épidémie, Les Études hospitalières. Collection « À la croisée des regards »	V. Fortier, A. Marcellini (dir.),	Les Études hospitalières. Collection « À la croisée des regards », Bordeaux(2014). 248 pp.	non
Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis	Faustine Régnier	Cah. Nutr. Diét., 41, 2, 2006	déjà lu
De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids	Patrick Peretti-Watel	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique , Volume 46, Issue 4 , September 2011 , Pages 173-177</i>	oui

sciencesdirect (recherche expert)	21 11 17	obésité AND sociologie	85	14	10
sciencesdirect (recherche expert)	27 11 2017	obésité AND sociologie AND précarité	15	4	3

Les dimensions sociales de l'obésité (2001)	JP Poulain	Journal de pédiatrie et puericulture 2001	non
Les déterminants sociaux du non-suivi des régimes alimentaires: Le cas des patients hypercholestérolémiques	Tristan Fournier et JP Poulain	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i>	oui
l'homme camembert	J.-D Lalau	Éthique et santé (2009) 6, 204—207	non
Cultiver des légumes dans un jardin associatif de quartier d'habitat social, un moyen pour les femmes de réinterroger leurs pratiques alimentaires	Martin et al.	Nutrition Clinique et métabolisme	non
La perception des messages de santé par les populations défavorisées	Faustine Régnier	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 46, Issue 4 , September 2011 , Pages 206-212	oui
Réflexions sur les recommandations nutritionnelles	Bernard Guy-Grand	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> Volume 51,n° 6, Dec. 2016, P. 269-270	non
La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé	Patrick Peretti-Watel	Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 61, Supplement 3, August 2013, Pages S158-S162	oui
What's wrong with Fat ?	A.C. Saguy	Oxford University Press, Oxford & New York (2013)	non
sociologie de l'obésité (livre JP Poulain)	JP Poulain	PUF 2009	non
Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis	Faustine Régnier	Cah. Nutr. Diét., 41, 2, 2006	déjà lu
Les dimensions sociales de l'obésité (2001)	JP Poulain	Journal de pédiatrie et puericulture 2001	déjà lu
Alimentation et inégalités sociales de santé en France	Nicole DARMON, Gabrielle CARLIN	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i>	déjà lu
Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé	J.-C. Basson, N. Haschar-Noé, M. Honta	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 61, Supplement 2 , June 2013 , Pages S81-S88	non
Tendances actuelles du comportement alimentaire	Marian Apfelbaum et Monique Romon	<i>Diététique et nutrition (7e édition)</i> , 2009 , Pages 3-19	non

sciencesdirect (recherche expert)	16 02 18	obésité AND médicalis*	399 -> 10 résulta	2	1
sciencesdirect (recherche expert)	28 11 17	obésité AND médicalisation	187	9	3

What's wrong with Fat ?	A.C. Saguy	Oxford University Press, Oxford & New York (2013)	déjà lu
De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids	Patrick Peretti-Watel	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 46, Issue 4, September 2011, Pages 173-177	déjà lu
Obésité: Regard médical, regard societal	A. Basdevant	<i>Revue Francophone des Laboratoires</i> , Volume 2007, Issue 389, Supplement 1, February 2007, Pages 7-9	non
Manger, Français, Européens et Américains face à l'alimentation	J.-L. Schlienger, Cl. Fischler, E. Masson		non
What's wrong with Fat ?	A.C. Saguy	Oxford University Press, Oxford & New York (2013)	déjà lu
Tendances actuelles du comportement alimentaire	Marian Apfelbaum et Monique Romon	<i>Diététique et nutrition (7e édition)</i> , 2009, Pages 3-19	déjà lu
The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality	Annemarie Jutel	<i>Social Science & Medicine</i> , Volume 63, Issue 9, November 2006, Pages 2268-2276	non
Alimentation et inégalités sociales de santé en France	Nicole DARMON, Gabrielle CARLIN	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 48, Issue 5, November 2013, Pages 233-239	déjà lu
La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé	Patrick Peretti-Watel	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> Volume 61, Supplement 3, August 2013, Pages S158-S162	déjà lu
Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis	Faustine Régnier	<i>Cah. Nutr. Diét.</i> , 41, 2, 2006	déjà lu
Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé	J.-C. Basson, N. Haschar-Noé, M. Honta	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 61, Supplement 2, June 2013, Pages S81-S88	déjà lu
Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ?	L.-G. Soler	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 64, Supplement 2, April 2016, Pages S55-S60	oui

sciencesdirect
(recherche
expert)

30 11 17

obésité AND inégalités sociales

274

21

6

La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?	Patrick Peretti-Watel	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 61, Supplement 3 , August 2013 , Pages S158-S162	déjà lu
Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (Intermède)	A. Afrite et al (intermede)	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 56, Issue 6, Supplement , October 2008 , Pages S367-S368	oui
Inégalités sociales de santé dans le Nord-Pas-de-Calais : relations entre un indicateur individuel de précarité et des indices agrégés de « défavorisation »	Labbe et al.	revue d'épidémiologie et de santé publique	déjà lu
Obésité, alimentation et image du corps	T. de Saint-Pol	<i>Médecine des Maladies Métaboliques</i> , Volume 8, Issue 3 , June 2014 , Pages 271-274	déjà lu
La construction de l'obésité	JP corbeau	<i>Médecine des Maladies Métaboliques</i> , Volume 8, Issue 3 , June 2014 , Pages 275-278	déjà lu
L'exploration des perceptions relatives à l'excès de poids pour mieux comprendre les difficultés dans la prise en charge de l'obésité : une étude populationnelle exploratoire	C. Crutze et al	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 65, Issue 3 , June 2017 , Pages 209-219	non
L'obésité, une problématique de santé publique	Audrey Poutier et al	<i>Actualités Pharmaceutiques</i> , Volume 56, Issue 566 , May 2017 , Pages 20-24	non
La perception des messages de santé par les populations défavorisées	Faustine Régnier	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 46, Issue 4 , September 2011 , Pages 206-212	déjà lu
Difficultés rencontrées pour la réalisation d'une recherche interventionnelle en santé publique : l'étude ECAIL	Benjamin Cavalli et al	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 52, Issue 2 , April 2017 , Pages 94-99	non
Déterminants socioéconomiques et contextuels de l'obésité: Résultats d'une étude pilote à Paris (France)	E. Cadot, A. Lapostolle, A. Spira	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 56, Issue 6, Supplement , October 2008 , Pages S377-S378	non

sciencesdirect (recherche expert)	12 12 17	obésité AND stigmat* AND médecin*	358	4	1
sciencesdirect (recherche expert)	12 12 17	obésité OR gros AND sociologie AND médical*	190	3	1
sciencesdirect (recherche	13 12 17	obésité AND relation* AND sociologie	69	1	0
sciencesdirect (recherche	13 12 17	obésité AND verbatim	21	2	0
sciencesdirect (recherche expert)	13 12 17	gros OR corpulence OR surpoids OR obésité AND verbatim OR entretien*	4897	3	1

Le médecin, son malade et les kilos	Michelle LE BARZIC	Diététique Volume 39, Issue 6, December 2004, Pages 378-381	non
sociologie de l'obésité (livre JP Poulain)	JP Poulain	PUF 2009	déjà lu
Avant-propos: Regards croisés sur la sociologie de l'alimentation	J.-L. Schlienger	<i>Médecine des Maladies Métaboliques</i> , Volume 8, Issue 3, June 2014, Page 251	déjà lu
De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids	Patrick Peretti-Watel	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 46, Issue 4, September 2011, Pages 173-177	déjà lu
Obésité, alimentation et image du corps	T. de Saint-Pol	<i>Médecine des Maladies Métaboliques</i> , Volume 8, Issue 3, June 2014, Pages 271-274	déjà lu
L'obésité en question - Analyse transdisciplinaire d'une épidémie, Les Études hospitalières. Collection « À la croisée des regards »	V. Fortier, A. Marcellini (dir.),	Les Études hospitalières. Collection « À la croisée des regards », Bordeaux(2014). 248 pp.	déjà lu
La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?	Patrick Peretti-Watel	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 61, Supplement 3, August 2013, Pages S158-S162	déjà lu
L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique	Philippe Barrier	<i>ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap</i> , Volume 2, Issue 4, October-December 2008, Pages 271-291	non
La construction de l'obésité	JP corbeau	<i>Médecine des Maladies Métaboliques</i> , Volume 8, Issue 3, June 2014, Pages 275-278	déjà lu
Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de			déjà lu
La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ?	L. Gimenez	<i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i> , Volume 64, Issue 2, April 2016, Page 133	oui

sciencesdirect (recherche	13 12 17	gros OR corpulence OR surpoids OR obésité AND verbatim OR entretien*	254	2	0
sciencesdirect (recherche expert)	13 12 17	corpulence OR surpoids OR obésité AND trajectoires sociales OR précarité	147	2	1
sciencesdirect (recherche	13 12 17	régime alimentaire OR aliment* OR corpulence OR obésité AND précarité	315	2	0
sciencesdirect (recherche	14 12 17	représentations sociales AND alimentation AND santé publique[All	80	10	0
sciencesdirect (recherche	14 12 17	obésité AND sociologie AND activité physique	27	2	0
sciencesdirect (recherche expert)	15 12 17	obésité AND 'activité physique'	2256	3	0
		obésité AND 'activité physique' filtre par revues et cahier de diététique et	116		
Persée	15 12 17	obésité AND précarité	127	3	1
Persée	15 12 17	obésité AND sociologie AND précarité	110	2	0
Persée	15 12 17	obésité "bas niveau socio économique"	858 résultats. Après filtre des revues : 133 résultats	2	1
Persée	20 12 17	obésité OR corpulence AND sociologie	314 -> 53 après filtre par revues	4	2

pas d'articles interessants			
Obésité : que nous dit l'épidémiologie ?	Marie-Aline Charles	<i>Cahiers de Nutrition et de Diététique</i> , Volume 46, Issue 4 , September 2011 , Pages 167-172	non
315 titres, 0 article pertinent			
pas d'articles interessants			
pas d'articles interessants			
pas d'articles interessants			
Goûts de liberté, goûts de nécessité. Quand la diététique s'en mêle	Philippe Longchamp	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 59–82	oui
110 titres, 0 article pertinent			
Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire	Élise Coudin et Arthur Souletie	Economie et statistique, n°486-487, 2016. Travail et santé. pp. 79-102	non
Goûts de liberté, goûts de nécessité Quand la diététique s'en mêle	Philippe Longchamp	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 59–82	déjà lu
L'alimentation des enfants du l'appartenance sociale des	Louis Mathiot	..... (2), 133–154	non
Goûts de liberté, goûts de nécessité Quand la diététique s'en mêle	Philippe Longchamp	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 59–82	déjà lu
Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes	Anne Dupuy	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 253–275	déjà lu
Pratiques alimentaires, choix et individualisation : l'intérêt de la démarche biographique	Julia Abramson	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 157–179	non
Alimentation et réseau social : une étude sur « le goût par nécessité » en contexte social	Mark C. Pachucki	..... (2), 229–252	oui

Persée	20 12 17	obésité AND "représentations sociales"	76	2	0
Persée	20 12 17	obésité OR corpulence AND pauvreté OR précarité AND médecin*	58	0	0
Persée	20 12 17	corpulence AND médecin*	439 Résultats	1	0
Persée	20 12 17	corpulence AND médecin* AND précarité	78	0	0
Persée	20 12 17	obésité AND stigmatisation*	150 résultats	3	0
Persée	20 12 17	surpoids AND alimentation AND précarité OR pauvre*	33	1	0
Persée	21 12 17	gros AND sociologie AND médecin*	9112	0	0
Persée	21 12 17	corps gros AND médical* AND sociologie	6435 résultats.	3	0
Persée	22 12 17	obésité AND 'activité physique'	700	4	0
Persée	22 12 17	obésité AND 'activité physique' AND représentations sociales	517	2	1
			114		
CAIRN	22 12 17	obésité AND sociologie AND précarité	351	15	8

aucun articles retenu			
aucun articles retenu			
parcours rapides des 50 premiers titres, pas pertinents			
parcours des 150 résultats, pas pertinent			
parcours des 33 résultats, pas pertinent			
inexploitable			
190 résultats apres filtrage par revues			
30 apres filtre (selection document et type interessant)			
Des métabolismes urbains aux métabolismes humains : réflexions sur les relations entre environnements urbains et comportements nutritionnels	Charreire Hélène	Bulletin de l'Association de géographes français, 89e année, 2012-2. La géographie de la santé en France. pp. 198-207	non
Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalites sociales	Thibaut de Saint Pol	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)	oui
Environnement urbain et obésité : peut-on transposer en Europe les approches nord-américaines ?	Gabriel Dupuy et al.	Annales de géographie 2011/6 (n° 682)	non
L'obésité : une maladie sociale ?	Catherine Halpern	Sciences humaines 2011/2 (N°223)	non
Obésité, goûts et consommation	Régnier F, Masullo A.	Revue française de sociologie 2009/4 (Vol. 50)	déjà lu
Restauration d'entreprise en France et au Royaume-Uni. Synchronisation sociale alimentaire et obésité	Cyrille Laporte et JP Poulain	Ethnologie française 2014/1 (Vol. 44)	non
L'obésité, mal identitaire, mal sournois	Georges Vigarello	Esprit 2010/2 (Février) p. 212	oui

CAIRN	09 01 18	"obésité"	2358	0	
CAIRN	10 01 18	"obésité"	2358 - > 636 apres filtre (sociologie et sciences politiques)	8	4
CAIRN	12 01 18	gros AND vécu AND représentations sociales	749	0	
CAIRN	15 01 18	obésité AND vécu AND représentations sociales	89	16	6

Éducation alimentaire en milieu populaire: des normes en concurrence	Anne Lhuissier	Journal des anthropologues 2006/3 (n° 106-107)	oui
Surpoids et course à la minceur	Patrick Troude-Chastenet	S.E.R. | « Études » 2015/10 octobre | pages 29 à 41 ISSN 0014	non
les dimensions cachées de la surcharge pondérale	Jean-Pierre Corbeau	Sciences sociales et santé 2008/4 (Vol. 26)	non
Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre	Solenn Carof	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67 p.280)	oui
Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?	Solenn Carof	..... .....	oui
Les représentations de l'alimentation à l'épreuve des politiques préventives de santé publique	Masson Estelle	..... .....	non
Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales	Thibaut de Saint Pol	..... .....	déjà lu
Lutte contre l'obésité : une question complexe, qui nécessite la définition d'une politique publique systémique	Christian Bourdel	.....	non
sociologie de l'obésité (livre JP Poulain)			déjà lu
fabrication d'obésités	Catherine Grangeard	..... ..... .....	non
« Faire la cuisine » : approche socio-représentationnelle et distance à l'objet	Julie Boussoce et al.	<u>Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2016/3 (Numéro 111)</u>	non
obésité mentale	Catherine Grangeard	La clinique lacanienne 2008/1 (n° 13)	non
Vers une psychanalyse de l'obésité	Catherine Grangeard	La clinique lacanienne 2010/2 (n° 18)	non
Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle	Mabel Gracia et Jesús Contreras	Corps 2008/1 (n° 4)	oui

CAIRN	17 01 18	obésité AND médical*	1 748	0	0
CAIRN	17 01 18	obésité AND médical* (FILTRES : types : revues + discipline : sociologie et société + année de parution : 18-2007)	240	12	13

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LE CONSEIL EN ACTIVITÉ PHYSIQUE : DES ÉVIDENCES AUX CONTINGENCES DE LA CONSULTATION	Bloy G. et all	S.F.S.P. | « Santé Publique » 2016/HS S1 | pages 153 à 161	oui
inexploitable			
Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité	Valérie Adt	Recherche en soins infirmiers 2011/3 (N° 106)	oui
Lutte contre l'obésité : une question complexe, qui nécessite la définition d'une politique publique systémique	Christian Bourdel	.....	déjà lu
Suivre ou s'écarter de la prescription diététique	Tristan Fournier et JP Poulain	..... .....	oui
Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?	Solenn Carof	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141)	déjà lu
Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ?	Pia-Caroline Hénaff-Pineau	Retraite et société 2014/1 (n° 67)	non
HARO SUR LES GROS	José Luis Moreno Pestaña	Le Seuil | « Actes de la recherche en sciences sociales » 2015/3 N° 208 | pages 4 à 13	oui
Distinctions charnelles Obésité, corps de classe et violence symbolique	Dieter Vandebroeck, Traduit de l'anglais par Françoise Wirth	Le Seuil_Actes de la recherche en sciences sociales 2015/3 (N° 208) Le poids des corps. Page 112	oui
Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36	Olivier Lepiller	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141) p. 368	oui
Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre	Solenn Carof	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67 p.280	déjà lu
Souci du corps et identité professionnelle	José Luis Moreno Pestaña	Le Seuil | « Actes de la recherche en sciences sociales » 2015/3 N° 208 |p.112	non

CAIRN

323
résulta
ts. 71
après
applica
tion
du

Restauration d'entreprise en France et au Royaume-Uni. Synchronisation sociale alimentaire et obésité	Cyrille Laporte et JP Poulain	Ethnologie française 2014/1 (Vol. 44)	déjà lu
La génomique nutritionnelle : (re)penser les liens alimentation-santé à l'articulation des sciences sociales, biomédicales et de la vie	Tristan Fournier et Jean-Pierre Poulain	Natures Sciences Sociétés 2017/2 (Vol. 25)	non
Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales	Thibaut de Saint Pol	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)	déjà lu
Socio-anthropologie du « fait alimentaire » ou food Studies. Les deux chemins d'une thématisation scientifique	Jean-Pierre Poulain	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67) : p 280	non
L'alimentation, arme du genre	Tristan Fournier et al	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141) p. 368	non
Alimentation, santé et environnement Quels devenir sociaux ?	Anne Guérin et Nadia Veyrié	Le sociographe 2009/2 (n° 29)	non
C'est l'heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale	Marie-Clémence Le Pape et Marie Plessz	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)	non
Vers un corps féminin sur mesure : l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux États-Unis	Faustine Régnier	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)	non
Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36	Olivier Lepiller	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141) p. 368	déjà lu
Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?	Solenn Carof	Journal des anthropologues 2015/1 (n° 140-141)	déjà lu
Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre	Solenn Carof	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67 p.280)	déjà lu
Le poids des corps : ouvrage	collection	Le Seuil | « Actes de la recherche en sciences sociales » 2015/3 N° 208 | pages 4 à 13	déjà lu
Le corps mangeant	Annie Hubert et JP Poulain		non

CAIRN	22 01 18	obésité AND stigmatisation*	filtre (revue unqt, sociolo gie unqmt , post 2007)	9	4
CAIRN	24 01 18	.....	20	1	0
CAIRN	26 01 18	obésité AND "inégalités sociales"	138 apres filtre (reuve + sociolo gie + santé pub)	0	6

Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle	Mabel Gracia et Jesús Contreras	Corps 2008/1 (n° 4) : le corps mangeant	déjà lu
Le Corps comme icône en souffrance	Gérard Apfeldorfer		non
Casser la croûte ! Pour une « incorporation » jubilatoire	Jean-Pierre Corbeau		non
Suivre ou s'écarter de la prescription diététique	Tristan Fournier et JP Poulain	••••• •••••	déjà lu
« L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?			non
Suivre ou s'écarter de la prescription diététique	Tristan Fournier et JP Poulain	••••• •••••	déjà lu
Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales	Thibaut de Saint Pol	L'Année sociologique 2017/1 (Vol. 67)	déjà lu
Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité	Valérie Adt	Recherche en soins infirmiers 2011/3 (N° 106)	déjà lu
L'impact économique de l'obésité	Arnaud Basdevant	Les Tribunes de la santé 2008/4 (n° 21)	non
Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?	Thierry Lang et al	Santé Publique 2016/2 (Vol. 28)	non
Le marché préfère les minces	José Luis Moreno Pestaña	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	non
Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ?	Claude Grignon	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	oui
Les ouvriers, pionniers de la malbouffe ?	Stéphane Gacon	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	non

HAL shs	30 01 18	obésité AND précarité AND sociologie	0	0	0
HAL shs	30 01 18	obésité AND précarité	0	0	0
HAL shs	30 01 18	obésité	57	11	9

Une histoire de miettes	Anne-Hélène Delavigne	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	non
L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent.	Thibaut De Saint Pol.	Insee Première, 2007, 4p	non
Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent	Thibaut De Saint Pol.	<i>Bulletin Epidémiologique AFSSA</i> , 2008, pp.175-179	oui
La perception gustative et l'obésité	Claude Hladik, Emmanuel Cohen, Patrick Pasquet	The ECOG free obesity e-book on child and adolescent obesity , 2016.	non
Comment mesurer la corpulence et le poids 'idéal' ?	Thibaut De Saint Pol.	OSC – Notes & Documents N° 2007-01	non
Les stratégies d'approvisionnement alimentaire d'habitants de quartiers pauvres et excentrés	Ana Catalinea Marquez et al.	La santé en action, INPES, 2016, 435 (Mars), pp.60-61.	non
compte rendu de lecture de l'ouvrage de Thibaut de Saint Pol 'Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids'	Henri Bergeron	..... ..... ..... ..... .....	non
Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe	Thibaut De Saint Pol.	Données sociales 2006 - La société française, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2006, pp.649-656.	oui
Enquete sur les comportements et styles de vie associées à l'alimentation.	René Patesson	Enquête sur les styles de vie associées à l'alimentation. 2006.	oui
Les femmes obèses, éternelles et incroyables discriminées ?	Muriel Boisvilliers	Nouveaux Imaginaires du Féminin, Sep 2017, Nice, France.	non

HAL shs	31 01 18	obésité AND sociologie	9	3	1
HAL shs	01 02 18	obésité AND médecin*	9	0	0
HAL shs	01 02 18	obésité AND médical*	17	3	1
HAL shs	02 02 18	obésité AND stigmatisation*	2	0	0
HAL shs	02 02 18	corpulence	11	0	0
HAL shs	02 02 18	surpoids	15	0	0
Erudit	05 02 18	obésité	382 résultats	0	0
Erudit	05 02 18	(Titre, résumé, mots-clés : obésité) ET (Publié entre 1998 et 18) ET (Disciplines : ['Sciences humaines et sociales', 'Sociologie']) ET (Langues : fr)	7	1	1

Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs	Henri Bergeron, Patrick Castel, Etienne Nouguez	Questions de santé publique, 2014, pp.1 - 4	oui
compte rendu de lecture de l'ouvrage de Thibaud de Saint Pol 'Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids'	Henri Bergeron	..... ..... ..... ..... .....	déjà lu
Que des articles déjà lu			
L'hôpital à l'épreuve de l'obésité : éléments pour une sociologie économique de la prise en charge d'une pathologie chronique	Sajus Jean Philippe	univ Toulouse	non
2 thèses déjà connues			
Que des articles déjà lu (donc beaucoup écrit pr Th de Saint Pol			
pas d'articles intéressants			
Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes	Anne Dupuy	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 253–275	déjà lu
Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants	Marguerite Lavallée, Catherine Garnier, Martine Quesnel, Annie Marchildon et Lucie Bouchard	Revue de l'Université de Moncton Vol. 35, n° 2, 2004	oui
Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes	Anne Dupuy	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 253–275	déjà lu
Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes	Anne Dupuy	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 253–275	déjà lu

Erudit	05 02 18	(Tous les champs : obésité) ET (Tous les champs : sociologie)	186 (121 après filtre : articles uniquement)	12	8
--------	----------	---	--	----	---

L'alimentation des enfants du l'appartenance sociale des	Louis Mathiot	..... (2), 133–154	déjà lu
Regard(s) « sur » et « par » l'alimentation pour renverser et comprendre comment sont renversés les rapports de générations : l'exemple de la socialisation alimentaire inversée	Anne Dupuy	Enfances, Familles, Génération N° 20, printemps 2014	oui
Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal élitif	Sophie Vinette	..... de l'an 2001 Volume 7,	non
La représentation contemporaine du corps comme allégorie de la société	Mathieu St- Jean	..... l'individuel et le collectif	non
L'alimentation entre plaisir(s) et nécessité(s) en France et aux États- Unis	Faustine Régnier	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 85–108	non
Au-delà de l'assiette. L'acte alimentaire dans la société et la culture	Ivonne Vizcarra Bordi	Anthropologie et Sociétés Volume 23, Numéro 2, 1999, p. 145–151	non
L'importance de la trajectoire sociale pour l'étude des classes populaires	Philippe Longchamp	Lien social et Politiques Numéro 74, Automne, 2015, p. 77–92	non
« On sait ce qu'on mange » : jardin familial et mode d'alimentation populaire	Christophe Delay, Arnaud Frauenfelder et Laure Scalambrin	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 37–57	non
Entre plaisir et contrôle L'équilibre comme fondement de la normativité et de l'action dans l'alimentation contemporaine	Laurence Godin	Ethnologies Volume 33, Numéro 2, 2011, p. 69–97	non
Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes	Anne Dupuy	Sociologie et sociétés Volume 46, Numéro 2, Automne, 2014, p. 253–275	déjà lu
les dimensions cachées de la surcharge pondérale	Jean-Pierre Corbeau	Sciences sociales et santé 2008/4 (Vol. 26)	déjà lu

Erudit	16 02 18	obésité AND précarité	58	3	1
Erudit	23 02 18	obésité AND médical*	425	1	0
openedition / revue.org	26 02 18	obésité AND sociologie	0	3	0
openedition / revue.org	26 02 18	obésité AND 'activité physique'	0	2	0
openedition / revue.org	26 02 18	obésité AND sport	0	3	0
researchgate	20 04 18	faustine régnier		0	0
la vie des idées	18 02 18	vagabondage		0	1

Regard(s) « sur » et « par » l'alimentation pour renverser et comprendre comment sont renversés les rapports de générations : l'exemple de la socialisation alimentaire inversée	Anne Dupuy	Enfances, Familles, Générations N° 20, printemps 2014	déjà lu
La perception des messages de santé par les populations défavorisées	Faustine Régnier	Cahiers de Nutrition et de Diététique, Volume 46, Issue 4, September 2011, Pages 206-212	déjà lu
Les politiques du corps visant les milieux populaires	Sylvia Faure	Lien social et Politiques. Numéro 59, printemps, 2008, p. 33-45	non
26 résultats apres filtre (Tous les champs : obésité) ET (Tous les champs : médical*) ET (Disciplines : Sciences humaines et sociales) ET (Langues : fr) aucun articles retenu			
OBÉSITÉ, CORPULENCE ET STATUT SOCIAL : UNE COMPARAISON FRANCE / ETATS-UNIS (1970-2000)	Faustine Régnier		déjà lu
Sociologie de l'alimentation : les cinq portes de l'entrée par les familles	Nicolas Belorgey		
pas d'articles interessants			
pas d'articles interessants			
Diet and public health campaigns: Implementation and appropriation of nutritional recommendations in France and Luxembourg	RachelRecking er FaustineRégni er	Appetite Volume 112, 1 May 2017, Pages 249-259	
Le marché préfère les minces	José Luis Moreno Pestaña	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	non
Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ?	Claude Grignon	Dossier : À table ! Alimentation et sciences sociales. Fev 2015. Lavie des idée.fr	déjà lu

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Obésité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
2. La Panouse L de (Dr) A du texte. Traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre, par Léon de La Panouse,... [Internet]. 1837 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5783535r>
3. Fischler C. La symbolique du gros. *Communications*. 1987;46(1):255-78.
4. Blatgé M. Jean-Pierre Poulain, Sociologie de l'obésité. Lectures [Internet]. 21 avr 2010 [cité 11 nov 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/994>
5. Poulain J-P. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obes*. 1 mars 2009;4(1):7-16.
6. Chapuis-Després S. Histoire du corps, histoire du genre. Bilan et perspectives. *Corps*. 2016;N° 14(1):67-77.
7. Hubert H B, Feinleib M, McNamara P M, Castelli W P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1 mai 1983;67(5):968-77.
8. Norbert Elias. *La Civilisation des moeurs*. rééd. Calmann-Lévy. 1939. (« Liberté de l'esprit », 1991.).
9. WHO Consultation on Obesity (1997 : Geneva S, Organization WH. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS [Internet]. Genève: Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2003 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>
10. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. janv 2015;16(1):36-46.
11. Reyes C, Leyland KM, Peat G, Cooper C, Arden NK, Prieto-Alhambra D. Association Between Overweight and Obesity and Risk of Clinically Diagnosed Knee, Hip, and Hand Osteoarthritis: A Population-Based Cohort Study. *Arthritis & Rheumatology (Hoboken, NJ)*. 2016;68(8):1869-75.
12. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychol*. 2018;37(2):139-47.

13. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 28 mars 2009;373(9669):1083-96.
14. Quetelet LAJ. A treatise on man and the development of his faculties, tr. (under the superintendence of R. Knox). [Ed. by T. Smibert]. People's ed. 1842. 162 p.
15. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*. 1 juill 1972;25(6):329-43.
16. The National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program: Health Implications of Obesity [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://consensus.nih.gov/1985/1985Obesity049html.htm>
17. WHO | Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de Rapports techniques 854. [Internet]. WHO. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_fr/en/
18. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37>
19. ObEpi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
20. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd.* ;(35-36):640-6. [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
21. Boubal C. L'art de ne pas gouverner les conduites. *Revue française de sociologie*. 4 déc 2019;Vol. 60(3):457-81.
22. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*. 2009;50(4):747.
23. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education — United States, 2011–2014. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 22 déc 2017;66(50):1369-73.
24. Robles B, Frost S, Moore L, Harris CV, Bradlyn AS, Kuo T. Overweight and obesity among low-income women in rural West Virginia and urban Los Angeles County. *Preventive Medicine*. oct 2014;67:S34-9.
25. Chor D, Andreozzi V, Fonseca MJ, Cardoso LO, James SA, Lopes CS, et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of the Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutrition*. déc 2015;18(17):3183-91.

26. Acheampong I, Haldeman L. Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers? *Journal of Obesity*. 2013;2013:1-8.
27. De Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. 1 févr 2007;1123.
28. de Saint-Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. :7.
29. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. avr 2006;41(2):97-103.
30. Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*. Les éditions de Minuit. 1963. 180 p.
31. Carof S. Être grosse: Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie*. 2019;10(3):285.
32. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros »: Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *anthropologiesante* [Internet]. 15 mai 2017 [cité 3 mai 2019];(14). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396>
33. LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. 2014-173 févr 21, 2014.
34. Renaud A. Les habitants des quartiers de la politique de la ville - Insee Première -. 3 mai 2016 [cité 14 oct 2018];(1593). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538>
35. Égalité urbaine et cohésion sociale [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/egalite-urbaine-cohesion-sociale>
36. Burger M. *Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux*. Strasbourg; 2017.
37. de Saint-Pol T. Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2014;8(3):271–274.
38. Apostolidis T, Dany L. Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*. juin 2012;57(2):67-81.
39. Lavallée M, Garnier C, Quesnel M, Marchildon A, Bouchard L. Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants. *rum*. 2004;35(2):101-29.
40. Pierre Bourdieu. In: *Wikipédia* [Internet]. 2019 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pierre_Bourdieu&oldid=162331394
41. Bourdieu P. *La Distinction*. Minuit. 1979.
42. Carof S. Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ?. *Journal des anthropologues*. 18 juin 2015;(140-141):213-33.

43. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 1 avr 2006;41(2):97-103.
44. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Revue française de sociologie*. 50(4):747-73.
45. Régnier F, Masullo A. Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire. :24.
46. Vandebroeck D, Wirth F. Distinctions charnelles. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 22 juin 2015;(208):14-39.
47. Peretti-Watel P. De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. sept 2011;46(4):173-7.
48. Pestaña JLM, Rosset S. Haro sur les gros. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 22 juin 2015;(208):4-13.
49. de Saint-Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin Epidémiologique AFSSA*. 13 mai 2008;(20):175-9.
50. Longchamp P. Goûts de liberté, goûts de nécessité: Quand la diététique s'en mêle. *Sociologie et sociétés*. 2014;46(2):59.
51. de Saint-Pol T. Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe. *Données sociales 2006 - La société française*. mai 2006;649-56.
52. Lepiller O. Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36" : Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans. *Journal des Anthropologues (à paraître en juin 2015)*. 2015;
53. Grigon C. Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? - *La Vie des idées* [Internet]. 2018 [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/Une-sociologie-des-normes-dietetiques-est-elle-possible.html>
54. de Saint-Pol T. Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année sociologique*. 2 mai 2017;67(1):11-22.
55. Lhuissier A, Tichit C, Caillavet F, Cardon P, Masullo-Benechet A, Martin-Fernandez J, et al. Deux ou trois repas par jour? Des rythmes alimentaires sexués en région parisienne. *INRA sciences sociales*. 2014;(14-1):np.
56. Adt V. Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité. *Recherche en soins infirmiers*. 2011;(106):16-31.
57. Fournier T. Suivre ou s'écarter de la prescription diététique, Complying with or deviating from the dietary prescription. Effects of "eating together" and "living together" for hypercholesterolaemic people in France, Seguir o dejar la prescripción dietética. Los efectos del « comer juntos » y del « vivir juntos » en las personas hipercolesterolemicas en Francia. *Sciences sociales et santé*. 15 nov 2012;30(2):35-60.

58. Peretti-Watel P. De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. sept 2011;46(4):173-7.
59. Carof S. Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? *jda*. 15 juin 2015;(140-141):213-33.
60. Corbeau J-P. La construction de l'obésité. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 juin 2014;8(3):275-8.
61. Regnier F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. sept 2011;46(4):206-12.
62. Lhuissier A. Éducation alimentaire en milieu populaire: des normes en concurrence. *Journal des anthropologues Association française des anthropologues*. 1 déc 2006;(106-107):61-76.
63. Lhuissier A, Régnier F. Obésité et alimentation dans les catégories populaires : une approche du corps féminin. *INRA Sciences Sociales*. 1 janv 2005;
64. Génolini J-P, Cazal J, Jacolin N, Clément J-P. « Dispositifs et dispositions », la transformation des pratiques alimentaires et physiques en éducation pour la santé : le cas de l'obésité et des maladies cardiovasculaires. *Glob Health Promot*. juin 2013;20(2_suppl):54-8.
65. Patesson R. Enquête sur les comportements et styles de vie associés à l'alimentation. janv 2006 [cité 30 janv 2018]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00133595/document>
66. Bloy G, Philippon LM, Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation, *General Practitioners and Physical Activity Counselling: from Evidence to Practice Contingencies*. *Santé Publique*. 22 juin 2016;S1(HS):153-61.
67. Darmon N, Carlin G. Alimentation et inégalités sociales de santé en France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. nov 2013;48(5):233-9.
68. Gimenez L. La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2016;64(2):133.
69. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros ». *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 15 mai 2017 [cité 26 sept 2017];(14). Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org.acces-distant.bnu.fr/2396>
70. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 1 avr 2013;48(2):98-103.
71. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *La Presse Médicale*. 1 juin 2005;34(11):769-75.

72. Afrite A, Dourgnon P, Pascal J, Jusot F, Lang T, Lombrail P. Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (Intermède). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 oct 2008;56(6, Supplement):S367-8.
73. Carof S. Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre. *L'Année sociologique*. 2 mai 2017;67(1):107-30.
74. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2015;9(6):559-565.
75. VIGARELLO G. L'obésité, mal identitaire, mal sournois. *Esprit* (1940). 2010;(2):14-23.
76. Crutze C, Pétré B, Dardenne N, Donneau A-F, Streel S, Albert A, et al. L'exploration des perceptions relatives à l'excès de poids pour mieux comprendre les difficultés dans la prise en charge de l'obésité : une étude populationnelle exploratoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2017;65(3):209-19.
77. Gracia M, Contreras J. Corps gros, corps malades ? Une perspective socioculturelle. *Corps*. 1 déc 2008;(4):63-9.
78. Peretti-Watel P, Seror V. La prévention en question : :6.
79. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. août 2013;61:S158-62.
80. Soler L-G. Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 avr 2016;64(Supplement 2):S55-60.
81. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):39-44.
82. Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 nov 2014;15.

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : VAUDEVIRE

Prénom : Laurent

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours
en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Saarebrücken, le 10/09/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME : L'obésité a été définie par l'OMS en 1997 comme un problème de santé publique. Les médecins sont donc censés être les principaux acteurs de sa prise en charge. Mais au-delà d'un facteur de risque pour des pathologies chroniques, l'obésité est complexe et ses causes souvent multifactorielles. L'approche des sciences humaines et sociales (SHS) nous semblait primordiale pour mieux comprendre les enjeux de l'obésité : maladie à traiter ou marqueur d'inégalités sociales dépassant les compétences médicales ? Par une revue de littérature, cette thèse analyse les connaissances et les questionnements des sciences humaines et sociales sur les thèmes du poids et de la précarité. Six bases de données alimentées par les sciences humaines ont été interrogées, permettant de sélectionner 40 articles, publiés entre 2005 et 2017. La sociologie s'empare des thématiques du poids et de la précarité à travers l'analyse des rapports de domination symbolique entre classes sociales, mais aussi du genre et des modèles alimentaires nationaux. Par l'analyse des représentations sociales du corps, de l'alimentation, de l'activité physique et de la médecine en fonction de la répartition dans la population des différents capitaux (économique, culturel et sociaux), la sociologie postule que l'obésité est socialement située puisqu'elle prédomine dans les classes les moins pourvues en capital culturel surtout, économique ensuite, et que l'isolement social aggrave le surpoids. Elle montre aussi que les discriminations sociales, médicales notamment et la prévention publique sont inefficaces, voire délétères, si elles s'adressent à la responsabilité individuelle de chacun sans chercher à modifier les représentations de ces populations.

La question est donc posée : quelle est la place de la médecine préventive dans le traitement d'une maladie sociale ?

Rubrique de classement : DES médecine générale

Mots-clés : poids, obésité, précarité, sociologie, ethno-anthropologie, FETOMP, médecine générale.

Président : Pr. Jean Christophe Weber

Assesseurs : Pr. Gilles Bertschy, Pr Christian Bonah, Dr. Juliette Chambe

Adresse de l'auteur : Grossherzog Friedrich Strasse 87. 66121 Sarrebruck. Allemagne