

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/384095571>

L'économie morale de la chirurgie de l'obésité. Continuité du stigmatisme ou déstigmatisation durable ?

Article in *Déviance et Société* · September 2024

DOI: 10.3917/ds.482.0211

CITATIONS

0

READS

66

4 authors:



Yann Beldame

Université de Montpellier

13 PUBLICATIONS 9 CITATIONS

SEE PROFILE



S. Ferez

Université de Montpellier

203 PUBLICATIONS 514 CITATIONS

SEE PROFILE



Anne Marcellini

Université de Montpellier

113 PUBLICATIONS 940 CITATIONS

SEE PROFILE



Laurent Paccaud

University of Lausanne

25 PUBLICATIONS 49 CITATIONS

SEE PROFILE

L'économie morale de la chirurgie de l'obésité. Continuité du stigmatisme ou déstigmatisation durable ?

Yann BELDAME

Docteur en anthropologie sociale et ethnologie de l'EHESS.
Chercheur contractuel à l'Université de Montpellier
Laboratoire SantéSih (Santé, Éducation et Situations
de handicap – UR UM211). Université de Montpellier,
Montpellier, France
yann.beldame@umontpellier.fr

Sylvain FERREZ

Maître de conférences (HDR)
Directeur adjoint du laboratoire SantéSih
(Santé, Éducation et Situations de handicap – UR UM211),
Université de Montpellier, Montpellier, France
sylvain.ferrez@umontpellier.fr

Anne MARCELLINI

Professeure, membre du Centre de recherche
sur les parcours de vie et les inégalités (LIVES)
Université de Lausanne, Lausanne, Suisse
anne.marcellini@unil.ch

Laurent PACCAUD

Docteur en sciences du mouvement et du sport
Chercheur contractuel à la Haute école de travail social
et de la santé Lausanne (HETSLS | HES-SO)
Membre du Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS),
Haute école de travail social et de la santé Lausanne
Lausanne, Suisse
laurent.paccaud.pro@gmail.com

J'ai appris en grandissant ce qu'était la grossophobie. [...] Mais je le suis moi aussi, du coup! [...] Quand ça fait 30 ans qu'on entend, que t'es fainéant, que t'es gros parce que tu manges trop, [...] la dévalorisation, on l'intègre complètement! Et du coup, [...] je me rends compte que je suis très dure aussi avec mes pairs. (Nadège, 35 ans, à 15 jours d'une intervention de chirurgie bariatrique)

Les propos de Nadège, une femme s'apprêtant à subir une chirurgie bariatrique, décrivent les processus d'étiquetage et de discrédit des corps gros. Cette dernière affirme avoir «*intégré*», au fil de ses interactions, les regards et les jugements dévalorisants portés sur les personnes corpulentes, au point d'admettre elle-même être «*grossophobe*» à l'égard de ses «*pairs*». Comme l'explique Carof (2021), le stigmate que constitue la corpulence envahit et totalise l'identité des personnes concernées. Le corps gros et sa gestion ne constituent pas seulement un aspect de leur identité parmi d'autres, mais marquent intégralement cette identité. Ici, l'empreinte durable et infamante qu'on appelle stigmate est le corps tout entier (et non une simple trace sur la peau), hypertrophié et hyper-visible, qui s'apparente en définitive à une sorte d'hyper-stigmate. Contrairement aux personnes discréditables, dont le stigmate n'est pas directement visible dans l'interaction de face-à-face comme c'est le cas de la plupart des malades chroniques, les personnes corpulentes ne peuvent pas cacher leur embonpoint (Goffman, 1975). La corpulence se voit d'un simple regard ou «*balayage visuel*» (Goffman, 1973, 26-27) et la personne étiquetée comme trop corpulente peut donc d'emblée être discréditée lorsqu'elle entre en interaction. Mais si le corps gros disqualifie les personnes corpulentes lors de leurs interactions avec autrui, il reste à expliquer en quoi cet attribut discrédite la personne. Car, comme le rappelle Goffman (1975), le stigmate n'est pas déterminé par un attribut objectif qui entraînerait nécessairement la stigmatisation, mais par le rapport entre l'attribut et le stéréotype que nous en avons à un moment précis et dans une société donnée. Il convient donc d'expliquer à quel stéréotype est associé le corps gros, ici et maintenant, pour discréditer à ce point celles et ceux qui en sont les porteurs.

Le corps « obèse » comme « maladie de la volonté » ou marque de la fainéantise

Pour comprendre le stigmatisme auquel est associé le corps gros, il faut d'abord rappeler comment, entre le XIX^e et le XX^e siècle, la forte corpulence a été progressivement pathologisée et médicalisée en « obésité »^[1] (Poulain, 2009). Le corps gros a été désigné comme un problème de santé publique en 1997, à la suite de la décision de l'OMS de définir un certain seuil à partir duquel la forte corpulence devait être considérée comme une maladie chronique. Il a alors fallu fabriquer les critères objectivables de cette désormais maladie. L'indice de masse corporelle (IMC) s'est progressivement imposé comme l'indicateur « objectif » principal de l'obésité. Plusieurs auteurs ont déjà montré que ce corps obèse, entendu comme corps gros pathologisé et médicalisé, est associé à l'absence de contrôle de soi, elle-même considérée comme le résultat d'un manque de volonté et/ou d'un caractère paresseux (Poulain, 2009; Moreno Pestaña, 2015; Carof, 2015, 2021). Ce corps obèse expliquerait l'incapacité à bouger et à se projeter, mais aussi la difficulté à exercer correctement ses rôles sociaux (professionnels, familiaux, de genre). En somme, l'obésité apparaît comme un défaut d'individuation, au sens d'une défaillance de contrôle et de maîtrise de soi (Vigarello, 2010), que Nadège exprime par la référence à la fainéantise. Vandebroeck (2015, 18) explique à ce sujet que « l'opinion dominante voit dans un physique corpulent non pas tant le résultat d'une défaillance génétique ou d'une simple malchance mais plutôt un indice des qualités morales d'un individu, et plus particulièrement de son propre défaut de volonté ». Il précise que l'association de l'obésité à « une maladie de la volonté » (Vandebroeck, 2015, 20) est un jugement de classe qui permet aux catégories aisées de naturaliser les inégalités sociales et d'imposer leurs propres schèmes de « l'aperception du corps » (Vandebroeck, 2015, 38).

1 L'obésité est une catégorie biomédicale qui est définie à travers la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est le rapport du poids (en kg) sur la taille (en mètres) élevée au carré. On parle alors de personnes atteintes de « surpoids »

(IMC \geq 25), d'« obésité » (IMC \geq 30) ou d'« obésité morbide » (IMC \geq 40). Les enquêtés font largement usage de cette catégorie d'obésité pour parler d'eux-mêmes et des autres.

L'obésité : au croisement de la classe et du genre

Il est vrai qu'en matière de normes nutritionnelles, Régnier (2022) observe une opposition forte entre les membres des catégories aisées, qui adhèrent aux recommandations sanitaires, et les membres des catégories modestes, plus critiques et plus éloignés du discours de santé publique prônant certaines formes de restrictions ou de contrôle dans l'alimentation. Ainsi, à partir d'une inflexion de la perspective bourdieusienne (Bourdieu, 1979), Régnier et Masullo (2009) montrent que, en matière de pratiques alimentaires, les classes populaires manifestent désormais un « goût de liberté » - éloigné des normes de santé publique -, où prime l'abondance et le choix. Ils précisent que ce « goût de liberté » s'oppose au « goût de nécessité » et à l'ascétisme alimentaire des catégories aisées, qui s'accordent parfaitement aux recommandations de santé publique. Cette différence de goût ne peut cependant pas être réduite à une affaire culturelle d'adhésion ou non aux normes édictées par les discours de santé publique. Il existe également un lien statistique entre pauvreté et habitudes alimentaires qui tient à l'inégal accès à une nourriture moins riche en graisse et en sucre. Comme le rappellent Régnier et Masullo (2009, 755), les limitations financières constituent « le frein le plus couramment mentionné à l'application des normes » de santé publique. De nombreuses études ont ainsi montré une prévalence de l'obésité plus importante dans les milieux sociaux les moins favorisés (Régnier, 2006 ; Lhuissier, Régnier, 2005 ; Saint-Pol de, 2007, 2013 ; Vandebroek, 2015). Les membres des classes populaires sont alors également les plus exposés au stigmate de l'obésité, qui les associe à la fainéantise et au manque de volonté (Vandebroek, 2015).

Par ailleurs, d'autres études ont montré que le lien entre obésité et pauvreté vaut surtout chez les femmes (Lhuissier, Régnier, 2005 ; Saint-Pol de, 2010, 2013). Carof (2015) précise que ces dernières subissent davantage les normes de minceur que les hommes, que l'obésité est plus mal perçue chez les femmes, et que les hommes déclarent « moins d'épisodes de stigmatisation » (Carof, 2019, 290). Les femmes sont aussi plus sujettes à l'auto-contrôle alimentaire que les hommes (Carof, 2015). Enfin, elles pratiquent davantage les régimes amincissants, qui participent « d'un rite de différenciation des genres qui commence à l'adolescence » (Carof, 2015, 223). Le traitement inégalitaire et genré des corps obèses permet *in fine* de mieux comprendre les raisons pour lesquelles 80 % des personnes qui recourent à la chirurgie bariatrique sont des femmes (Oberlin, Peretti, 2018).

De prime abord, on pourrait penser que pour les personnes obèses, dont on vient de voir qu'il s'agissait surtout de femmes des classes populaires,

la perte de poids conséquente engendrée par la chirurgie bariatrique est en mesure d'effacer le stigmate lié à leur forte corpulence. Carof (2009, 289-290) explique d'ailleurs à ce sujet que « les remarques fréquentes que subissent les personnes obèses pour leur enjoindre de faire un régime ou de subir une opération bariatrique témoignent des stéréotypes péjoratifs associant la grosseur à une suralimentation qui pourrait se "corriger" par la volonté ou la technique ». Cependant, faire un régime et réaliser une opération bariatrique permettent-ils d'effacer le stigmate de l'obésité de la même façon ? Ou pour le dire autrement, la perte de poids liée à un régime et celle liée à une technique chirurgicale sont-elles moralement équivalentes ?

La chirurgie bariatrique : un recours légitime ?

La littérature sur la chirurgie bariatrique montre que l'entrée des personnes obèses dans le parcours opératoire de la *sleeve*^[2] ne leur permet pas nécessairement de rompre avec cette logique de stigmatisation. Plusieurs études indiquent en effet que la chirurgie bariatrique est, elle-même, très dépréciée (Mattingly *et al.*, 2009; Vartanian, Fardouly, 2013; Hansen, Dye, 2018; Edward *et al.*, 2018). Selon le philosophe des sciences Ian Hacking (2005), le choix d'y recourir est associé, par les personnes les plus aisées, à l'idée qu'« après la décision initiale, on n'[aurait plus] besoin de volonté » (cité par Carof, 2021, 194) pour perdre du poids. Ainsi, les personnes qui perdent du poids grâce à cette chirurgie sont souvent perçues plus négativement que celles qui perdent du poids grâce à des modifications de leurs habitudes de vie, notamment en matière d'alimentation ou d'activité physique. Pour Carof (2021, 194), les propos d'Hacking « ne reflètent pourtant en rien les motivations des personnes qui se font opérer ni la réalité de leur vécu et les contraintes importantes qu'elles subissent après leur opération ». En outre, elle précise à quel point les régimes amaigrissants sont associés à une « conception contemporaine de l'individualité qui promeut un acteur responsable et autonome » (Carof, 2015, 217).

À l'inverse, les personnes qui s'orientent vers la chirurgie bariatrique sont fréquemment considérées comme paresseuses ou tricheuses, car ayant fait le choix de la facilité pour perdre du poids. Ces réflexions apparaissent

2 La *sleeve* est une opération de réduction pure de l'estomac, les deux tiers environ sont enlevés. Il existe une autre technique chirurgicale appelée *bypass* gastrique, qui consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Dans

notre échantillon, seule une interviewée, Viviane, a réalisé un *bypass*. Toutes les autres ont réalisé une *sleeve*. À noter que le service hospitalier dans lequel nous avons recruté les patients pratique presque exclusivement la *sleeve*.

non seulement chez les personnes non-concernées par l'obésité (Sikorski *et al.*, 2013; Jung *et al.*, 2017), mais aussi chez les professionnels de la santé (Van Geelen *et al.*, 2013). Ainsi, Carof (2017, 9) note que « la chirurgie bariatrique [...] est également critiquée par presque tous les soignants rencontrés ». En revanche, elle observe que les solutions les plus couramment proposées par ces derniers sont l'augmentation de l'activité physique et la modification du comportement alimentaire, et indique qu'« entre 50 % et 98 % des médecins proposent un régime amaigrissant » Carof (2017, 9). D'autres études montrent que cette dévalorisation de la chirurgie bariatrique peut décourager les personnes obèses d'y recourir (Trainer, Benjamin, 2017). La perte de poids promise par la chirurgie n'est donc pas automatiquement et nécessairement synonyme de déstigmatisation. La promesse d'une perte du poids physiologique n'efface pas nécessairement le poids symbolique d'une opération qui risque de réactiver le stigmate d'un caractère fautif plus ou moins explicitement associé à un manque de volonté. Cet article se donne ainsi pour objectif de documenter la manière dont l'expérience de la chirurgie de l'obésité, ici la *sleeve*, participe ou non de la reconfiguration du processus d'étiquetage dont font l'objet les patients qui décident de se faire opérer. Plus précisément, il s'attelle à saisir à quelles conditions et par quels procédés les patients et le personnel médical parviennent à rendre légitime la chirurgie bariatrique, et à en faire un levier pour échapper au stigmate associé à l'obésité. En ce sens, nous étudierons le travail de construction du sens réalisé par les patients et le personnel médical pour tenter d'infléchir une carrière morale – au sens de Goffman (1968) – qui associe la prise de poids à une « faute » personnelle et le choix de l'opération à une « solution de facilité ». Il s'agira donc de comprendre comment l'expérience de la chirurgie bariatrique infléchit, ou non, la carrière morale des personnes ayant une forte corpulence.

La « carrière morale » des patients opérés

Pour les patients opérés d'une *sleeve*, les modifications du cadre perceptif de leur propre corps et de celui des autres s'opèrent en grande partie dans le contexte institutionnel et normatif de l'hôpital. Dès leur premier rendez-vous qui initie le parcours d'accès à l'opération, les patients entrent dans la « phase hospitalière » (Goffman, 1968) de leur carrière d'obésité, durant laquelle ils s'en remettent « à l'institution » (Darmon, 2008, 157) et se socialisent aux normes et valeurs corporelles du service de chirurgie digestive.

Ainsi, nous analyserons la manière dont les patients, avec le concours du staff médical, pensent et racontent leur opération pour la rendre souhaitable et acceptable, de sorte qu'ils puissent résister à la représentation

négative qui la considère comme comme une option de facilité pour des personnes obèses réputées manquer de volonté. C'est dans cette interaction patients-médecins que la chirurgie bariatrique peut trouver la signification adéquate pour que le patient parvienne à envisager une sortie de l'obésité et des logiques de stigmatisation qui la sous-tendent. À ce titre, nous présenterons les discours des patients qui requalifient l'opération comme une simple « aide » ou un « moyen » parmi d'autres dans un processus de perte de poids dont ils seraient les maîtres d'œuvre. Nous montrerons que ces discours tendent à créer une catégorie légitime de patients qui seraient actifs, conscients et responsables de leurs transformations corporelles. Ces façons de parler de l'opération peuvent ainsi être considérées comme des actes de justification et de légitimation morale de la chirurgie bariatrique et de ses effets dans un contexte d'injonction culturelle en faveur des normes corporelles dominantes de minceur (Beldame *et al.*, 2021). En cela, elles s'inscrivent dans une « économie morale », c'est-à-dire dans un « tissu de valeurs saturées d'affects qui se tiennent et fonctionnent dans une relation bien définie » (Daston, 2014, 23).

À ce propos, on peut souligner que les personnes qui recourent à la chirurgie bariatrique ne se situent pas dans les dynamiques de résistance à « la logique de la pathologisation de la grosseur » dont les *Fat Studies* constituent une expression (Rousseau, 2016, 12). En effet, le choix de cette chirurgie implique au contraire de faire preuve de « bonne volonté culturelle » (Bourdieu, 1979) en se conformant aux normes corporelles dominantes qui associent l'obésité à une maladie de la volonté et la minceur à la santé. À la différence de la chirurgie esthétique (Meidani, 2005) qui normalise les corps en se situant dans les « marges du modèle curatif dominant » (Barbot et Cailbault, 2010, 91), la chirurgie bariatrique intervient sur un corps déjà médicalisé et institué en corps « obèse ». Pour autant, comme nous allons le montrer, le stigmate de fainéantise qui pèse sur les corps obèses ne rend pas la *sleeve* immédiatement légitime et impose à son destinataire un important travail de recomposition morale de son corps. Dès lors, l'accès à la *sleeve* doit être analysé dans le cadre d'un processus d'imposition du corps idéal associé aux normes culturelles des classes dominantes (Moreno Pestaña, 2015), relayées et validées par une institution médicale qui examine et trie les patients sur la base de leur supposée attitude volontariste ou passive vis-à-vis de l'opération.

En nous appuyant sur les résultats issus d'une enquête par entretiens, nous montrerons que l'opération ne peut être déstigmatisante que si elle permet d'effacer, en même temps que les signes puis les traces corporelles de l'obésité, « les traits de caractère » de la passivité, de l'apathie et de l'irresponsabilité auxquels sont habituellement assignées les personnes obèses et auxquels la chirurgie bariatrique, en tant que

solution de facilité, est toujours potentiellement associée. Dès lors, la réussite de l'opération ne s'évalue pas seulement à partir de la mesure des kilogrammes perdus, mais aussi à partir de la conviction du patient (partagée par l'équipe médicale) d'avoir repris la maîtrise de son corps et de son existence par le réajustement volontaire de ses pratiques alimentaires et physiques. La chirurgie bariatrique ne peut donc être envisagée comme une intervention menant à un effacement durable de la stigmatisation qu'à la condition que la perte de poids s'accompagne de la reconnaissance sociale d'un infléchissement moral du patient. Celui-ci doit apporter la preuve de son adhésion aux schèmes dominants de l'appréciation des corps à travers la mise en scène et en récit d'un ethos de classe et de genre corrigé, qui le présente comme un patient proactif et responsable de sa perte de poids.

Le parcours qui mène à la chirurgie bariatrique doit lui-même être considéré au regard d'une véritable carrière morale (Goffman, 1968) au cours de laquelle les patients réajustent et réévaluent, au contact de l'équipe médicale, la perception de leur capacité à se prendre en main. La notion de « carrière morale » permet ici de penser l'évolution des discours des patients tout au long de leur parcours de soins, en considérant les effets concrets de l'opération sur leur façon de se percevoir et de se représenter le monde; bref, en mettant la focale sur les « modifications du système de représentation par lesquelles [...] [le patient] prend conscience de lui-même et appréhende les autres » (Goffman, 1968, 179-180) tout au long du parcours pré- et post-opératoire au sein de l'institution hospitalière.

L'enquête et son contexte hospitalier

L'enquête, réalisée dans le cadre d'un projet de recherche mené en partenariat avec le service de « Chirurgie digestive A » du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Montpellier et avec la consultation de prévention et de traitement de l'obésité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Lausanne, Suisse), partait du constat du manque d'études longitudinales sur le devenir des personnes opérées (Temple Newhook *et al.*, 2018)^[3]. Les données présentées dans cet article concernent uniquement le volet français de cette enquête. Une fois les autorisations éthiques nécessaires obtenues^[4], 14 patients ont été recrutés au CHU de Montpellier. Les critères d'inclusion étaient le fait d'être dans l'attente d'une chirurgie

- 3 Ce projet a été financé dans le cadre du PIA3 et de l'i-site Montpellier Université d'Excellence (MUSE).
- 4 Numéro attribué par l'Institutional Review Board (IRB) du CHU de Montpellier: 2018_IRB-MTP_12-08. Projet de recherche

intitulé: « Sortir de l'obésité par la chirurgie? Étude translationnelle longitudinale de l'évolution post-opératoire de patients obèses » CHIBAR – UF 7697 coordonné par le Pr. David NOCCA.

bariatrique, d'avoir entre 25 et 50 ans et de vivre à moins de 90 kilomètres du CHU^[5].

Les modalités du recrutement des patients ont longuement été précisées et négociées avec les différents acteurs du service partenaire. Entre janvier et mars 2019, les enquêteurs^[6] ont régulièrement fréquenté la salle d'attente de ce service pour proposer aux personnes appartenant à la population ciblée de participer à l'enquête. Ils disposaient de la liste des patients venus à la consultation visant à leur apprendre la date de leur intervention chirurgicale (T0). Une note d'information avec droit d'opposition était remise à celles et ceux se montrant intéressés. Ils disposaient alors d'une semaine pour exprimer leur non-opposition auprès des chercheurs.

Une fois les participants recrutés^[7], un premier entretien de type non-directif a été réalisé à leur domicile dans les semaines précédant l'intervention chirurgicale (T1). Une même consigne de départ servait à initier le récit de vie et de pratiques (Bertaux, 1997): «Pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à vouloir vous faire opérer, à partir de ce que vous considérez être le point de départ (de cette décision ou du problème de poids)?». Les enquêteurs conservaient ensuite à l'esprit un certain nombre de questions concernant le moment du choix de l'opération en lien avec: 1) le rapport au corps et le ressenti de ce dernier aux différentes phases de l'existence; 2) le rapport aux autres (famille, amis, camarades de classe, environnement au travail, etc.); 3) le rapport à l'alimentation et aux activités physiques. Si l'histoire pondérale n'était pas spontanément évoquée, les enquêteurs l'abordaient plus explicitement par la suite dans l'échange: «Pourriez-vous me raconter, en revenant un peu plus en arrière, en partant de votre enfance, le déroulement des événements jusqu'au moment où vous avez commencé à penser que votre corpulence devenait un problème, puis comment la situation a évolué pour vous?».

La première série d'entretiens (T1), d'une durée d'1h30 à 2h30 chacun, a été réalisée entre février et mai 2019 (avec des personnes opérées entre mars et juillet 2019). Deux autres séries d'entretiens plus courts (environ 1h) ont été réalisées, toujours au domicile des enquêtés, 6 mois après l'opération (T2), entre septembre et décembre 2019, puis 12 mois après l'opération (T3), entre mars et juin 2020^[8].

5 Les patientes enceintes ou allaitantes étaient exclues, tout comme l'ensemble des patients atteints d'une maladie impliquant un lourd traitement.

6 Les enquêteurs qui ont recruté les 14 patients et qui ont réalisé les entretiens sont X (9 patients), Y (4 patients) et Z (1 patient).

7 Tous les prénoms des personnes interviewées ont été modifiés afin de garantir leur anonymat.

8 À noter qu'en T2, trois personnes (Viviane, Stéphane et Odette) se sont retirées du protocole d'enquête.

Ces situations d'entretien furent l'occasion de réaliser des observations directement au domicile des personnes interviewées afin de prendre connaissance de leur cadre de vie et de leurs conditions matérielles d'existence, mais aussi afin d'obtenir des informations complémentaires sur leurs configurations familiales. Lors de ces entretiens, une même consigne était formulée pour amorcer le récit: «J'aimerais que vous me racontiez comment ça s'est passé pour vous depuis notre dernier entretien?». À la suite de cette consigne, les enquêteurs incitaient par leurs relances à approfondir les aspects liés aux transformations vécues depuis l'opération ou depuis l'entretien précédent en matière de ressenti corporel, de santé, d'alimentation, d'activité physique et de relations avec les autres (famille, amis, environnement professionnel, etc.).

L'ensemble des entretiens (à T1, T2 et T3) a été enregistré et intégralement retranscrit. Le tableau 1 (cf. annexe) présente les principales caractéristiques des participants et récapitule les entretiens effectués avec chacun. Les 14 personnes interviewées sont majoritairement des femmes issues des classes populaires: 10 sont des femmes, dont 6 sont des employées et 2 sans emploi (cf. tableau 1, en annexe). Bien que déployant une méthodologie qualitative qui ne visait aucune représentativité statistique, mais plutôt à répondre à des critères de diversité au regard du genre, de l'âge, de l'origine sociale ou encore de la CSP, les conditions et le déroulement de l'enquête (Patton, 2014) nous ont conduits finalement à réaliser un recrutement conforme à la distribution sociale et sexuée des personnes obèses, mais aussi de celles ayant recours à la chirurgie bariatrique, avec une sur-représentation des classes populaires et des femmes.

C'est l'analyse longitudinale des récits de ces 14 personnes, enregistrés en T1, T2 et T3, qui nous a permis d'identifier les processus qui permettent (ou pas) une inflexion de la carrière morale par la mise à distance du stigmate de l'obésité. Car quelques mois après l'opération, si certains patients opérés affichaient leur impression d'avoir définitivement échappé au stigmate de l'obésité, d'autres au contraire avaient toujours le sentiment, malgré leur perte de poids, d'être des personnes obèses. Pour comprendre les effets différentiels de l'opération sur ce stigmate, il est important de rappeler que c'est d'abord et avant tout au sein de l'hôpital que patients et membres du staff médical attribuent un sens aux parcours opératoires. Car si l'enquête avait été pensée dès le départ pour identifier et recueillir exclusivement les points de vue des patients de la chirurgie bariatrique, nous avons pris conscience au fil de l'enquête de l'importance d'envisager ces points de vue des patients de façon relationnelle, c'est-à-dire relativement à ceux des membres de l'équipe médicale et relativement aux protocoles médicaux qui encadrent

cette chirurgie. Or, c'est en participant à deux réunions de service, au cours desquelles les membres du staff médical évoquaient des situations rencontrées dans leur pratique clinique, que nous avons pu observer *in situ* le langage employé par l'équipe médicale pour parler des transformations corporelles, et parfois des complications médicales, survenues chez certains patients opérés. Lors de nos venues à l'hôpital pour recruter les patients, d'autres échanges plus informels avec l'un des chirurgiens, mais aussi avec l'une des nutritionnistes, nous ont également permis de mieux cerner les enjeux moraux qui entourent la chirurgie de l'obésité.

Les retranscriptions ont ensuite été soumises à une analyse thématique qui s'est déroulée en trois temps. Après un premier temps de codage, une deuxième phase de réorganisation des codes a été entreprise pour identifier des thèmes majeurs et des sous-thèmes. Enfin, une troisième étape d'interprétation de ces thèmes a été menée. À toutes les étapes de la recherche, l'équipe composée de quatre sociologues s'est réunie pour s'assurer de la rigueur scientifique de la méthodologie qualitative mobilisée. Pour le présent article, nous présenterons exclusivement les thèmes liés aux significations morales de la chirurgie de l'obésité et à leurs effets dans les processus de stigmatisation/déstigmatisation des personnes obèses.

Le parcours préopératoire à l'hôpital : apprendre à être un « bon » patient

Au cours de nos échanges, les membres de l'équipe médicale (chirurgiens, endocrinologues, diététiciennes) incriminaient souvent les patients opérés qui reprenaient du poids en raison de leur manque de participation, de responsabilité et de rigueur en matière d'alimentation et d'activités physiques. Ces patients opérés avaient pourtant été triés sur le volet après avoir rencontré durant plusieurs mois les différents spécialistes qui composent le service de chirurgie digestive de l'hôpital (chirurgien, endocrinologue, cardiologue, psychologue, diététicien). Comme les membres de l'équipe médicale nous l'ont expliqué, ce n'est qu'au terme de ces rendez-vous que les patients interviewés ont été autorisés à réaliser une *sleeve*. Lors d'un entretien, l'une des patientes nous a ainsi montré le document que lui a remis la commission de spécialistes de l'hôpital pour autoriser l'opération. « Ils sont tous là » dit-elle à propos de ces spécialistes, avant de préciser : « ce sont eux qui donnent leur feu vert [...] la commission pluri-disciplinaire » (Sandrine).

Durant ces rencontres préopératoires, les différents spécialistes informent les patients quant à leur nécessaire participation pour que leur opération soit une réussite. Chaque prétendant à la *sleeve* est ainsi invité à réaliser ce que le staff médical appelle un « bilan éducatif personnalisé ». Le « livret d'accueil » des candidats à la chirurgie bariatrique du CHU de Montpellier insiste d'ailleurs sur « l'éducation thérapeutique » telle qu'elle est définie par l'OMS. Ce livret informe le patient que le parcours « éducatif » dans lequel il s'apprête à s'engager est destiné à l'aider à « comprendre » sa « maladie » et son « traitement » et à « collaborer [...] et assumer [ses] responsabilités » dans son parcours chirurgical. Deux mois avant l'opération, lors du premier entretien (T1), certains patients reconnaissent qu'ils n'ont pas vécu sans difficultés cette phase préopératoire de sélection durant laquelle il leur a déjà été demandé de réajuster et de « reprendre en main » leur alimentation.

Stéphane explique le difficile réajustement de ses pratiques alimentaires faisant suite aux recommandations que lui avait fait l'endocrinologue : « À chaque fois, elle me disait : "Il faut marquer ce que vous mangez..." , et je ne le faisais pas ». Il précise :

Tous les jours, j'avais un cahier comme ça où je marquais... [...] Elle me disait : "Est-ce que vous mangez le matin ?". Je lui disais : "Non, je bois juste un café". Et elle me disait : "Ah non, il faut manger, il faut manger du jambon, des œufs". Mais je n'y arrive pas ça moi !

Finalement, Stéphane pense que ces rendez-vous préopératoires avec l'endocrinologue l'ont conduit à modifier une partie de ses habitudes alimentaires : « J'ai arrêté tout ce qui était sucre, j'ai arrêté tout ce qui était Coca-Cola ».

Les personnes interviewées ont donc toutes été confrontées à la même injonction, formulée par les différents spécialistes de la commission de l'hôpital, celle de devenir les principales responsables de leur transformation corporelle à venir, notamment en modifiant leurs habitudes alimentaires. Ainsi, la plupart des patients insistent sur le fait que le chirurgien n'est pas un démiurge qui va réduire leur tour de taille d'un coup de baguette magique, mais plutôt l'initiateur d'un projet d'amai-grissement dont ils sont les principaux artisans. La valeur morale du schème d'opposition activité/passivité, qui a été incorporée par les patients au fil d'une longue carrière pondérale (Jacolin-Nackaerts, 2018), est ainsi largement réactivée durant les consultations scandant le parcours d'accès à l'opération ; un parcours balisé en France par la Haute Autorité de Santé (HAS) et auquel participent sans exception tous les demandeurs d'une *sleeve*.

La dialectique de la passivité et de l'activité

Les patients apprennent donc dès leur parcours préopératoire, au fil de leurs différents rendez-vous médicaux et paramédicaux au sein du service de l'hôpital, combien leur concours est primordial dans la période pré- et postopératoire pour que l'opération réussisse dans la durée. Ils sont progressivement amenés à redéfinir l'opération en la réinscrivant dans une démarche active de leur part, afin de les éloigner des traits de personnalité que sont l'apathie et le manque de volonté, associés à l'attribut de l'obésité et que pourrait réactiver la *sleeve* en tant que potentielle solution de facilité. L'insistance des patients sur l'investissement de soi dans l'opération ne peut ainsi être comprise qu'en la replaçant dans le contexte spécifique du parcours d'accès à la *sleeve*, au cours duquel l'équipe médicale exprime le souhait que les patients ne reprennent pas de poids après l'opération, mais aussi dans le contexte plus général d'une vision profane de l'opération qui la décrit comme une solution de moindre effort pour des personnes sans volonté.

L'anecdote suivante, rapportée par Stéphane, illustre parfaitement la centralité de la dialectique de la passivité et de l'activité dans le travail d'élaboration d'une signification de la *sleeve* auquel les patients sont nécessairement confrontés. Dans la salle d'attente de l'hôpital, une femme lui dit :

Vous avez choisi la facilité.

Or Stéphane explique :

Mais non, ce n'est pas la facilité! Tu ne sais pas ce que c'est! Tu te vois... toi, tu es normale, comme tout le monde, tu ne sais pas ce que c'est d'être obèse [...], de dormir la nuit avec un appareil...

Stéphane refuse cette vision, car il estime qu'elle passe sous silence la pénibilité de certaines situations qui paraissent pourtant anodines (comme dormir) mais qui incite en réalité les personnes obèses à se faire opérer. Stéphane estime ainsi que pour endiguer cette pénibilité, il n'a pas eu d'autres choix que celui de se faire opérer. Par ailleurs, il considère qu'une fois l'opération lancée, celle-ci n'a rien de facile puisqu'elle impose de la part du patient un important investissement :

Il n'y a pas de miracle, hein, ce n'est pas... [...], il faut [y] mettre du sien...

Cependant, la remise en cause du stigmatisme associant les patients d'une *sleeve* à des personnes fainéantes et sans caractère, prisonnières de leur corpulence, est loin d'être évidente et spontanée chez tous les futurs opérés. Ainsi, jusqu'à quelques semaines ou quelques jours de l'opération, persiste encore chez certains d'entre eux une certaine ambiguïté concernant la signification morale du recours à cet acte chirurgical. Tout en soulignant que la *sleeve* nécessitera une forte implication de sa part, Nadège dit :

Même si ça n'est pas miraculeux, que ça n'est pas de la magie et que ça demande du travail derrière, c'est une aide et... tout le monde autour de moi le voit comme une aide, [...] il y aura quelque chose de l'ordre de... [inspiration] de l'acceptation encore pour moi. [...] J'ai l'impression d'avoir échoué à me... à m'autogérer quoi, voilà, à réussir à reperdre seule... [...] et c'est pour ça, je vous dis, c'est très ambigu dans mon esprit encore! Et en même temps, de me dire: "Mais à un moment... enfin, pourquoi tu n'aurais pas droit à cette aide? Pourquoi t'en priver?"

L'entrée dans un parcours d'accès à la chirurgie bariatrique suppose une confrontation directe avec la représentation négative qui associe l'opération à une solution de facilité. Les nombreux rendez-vous médicaux préopératoires sont l'occasion, tant pour les patients que pour le staff médical, de redéfinir la *sleeve* comme une simple « aide » (Nadège) ou « un coup de pouce » (Marilou) qui nécessite l'engagement et la participation durables du patient. Nadège présente ici la chirurgie bariatrique comme une plaque tournante de la carrière morale des personnes obèses. À la confluence de plusieurs significations morales du corps gros, l'opération est pensée à l'aune d'un continuum entre une zone d'autogestion corporelle (être capable de perdre du poids par soi-même) qui représente le pôle valorisé de l'autonomie, une zone d'inactivité/activité coupable (ne pas être capable d'agir ou d'agir comme il faut pour perdre du poids) qui représente le pôle discrédité de la dépendance et de l'incapacité individuelle, et une zone de transformation conciliant l'aide et l'activité (ne pas être capable de perdre du poids par soi-même mais accepter d'être aidé tout en agissant pour modifier durablement ses habitudes de vie) qui représente le pôle de l'assistance légitime. Marilou affirme ainsi : « Il y a ce coup de pouce et derrière, ça ne va pas être un miracle non plus », avant d'ajouter : « C'est vraiment, voilà, le coup de pouce avec une alimentation saine et du sport ; le sport, je l'ai repris quand j'ai décidé de me faire opérer... ».

De son côté, Philippe explique la façon dont le chirurgien l'a mis en garde :

Il m'a dit: "Si on vous fait l'opération et que vous ne changez pas votre façon de vivre, dans 3 ans on va se revoir, hein, dans 3 ou 5 ans on va se revoir". Parce que c'est un muscle, tu vas lui donner un peu plus, il va commencer à regrossir, regrossir, regrossir. Il me dit: "Ça n'aura servi à rien!". Alors, il me dit: "Ça n'est pas le but!". Et c'est vrai que tout ça, je l'ai enregistré, c'est acquis et compris. Je ne fais pas ça pour rien! Je vais faire ça une fois, et je vais reprendre le sport, je vais vraiment me reprendre en main.

La volonté du chirurgien de rendre le patient à la fois responsable et plus actif dans son propre parcours de soin renvoie à la notion d'*empowerment* qui s'est imposée en promotion de la santé au cours des vingt dernières années et constitue un objectif de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Il s'agit ici de conférer «aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé»^[9]. Ce discours médical autour de l'*empowerment*, progressivement intégré par les patients, et qui ouvre la voie à un infléchissement moral, est éminemment politique. En effet, cette injonction à la responsabilisation participe d'une «gouvernementalité néolibérale» (Hache, 2007, 49). Pour Hache, il s'agit d'«un mode de gouvernement "sans les mains", à distance, qui influence le comportement des individus sans intervenir directement sur eux» (Hache, 2007, 53). Les personnes qui souhaitent se faire opérer sont d'autant plus sensibles à ce discours sur la responsabilisation libératrice qu'il offre un moyen de contrecarrer la représentation négative qui pèse sur la chirurgie de l'obésité et conduit à décrire les personnes qui font le choix de l'opération comme inactives, peu volontaires, incapables de se prendre en main.

Se réapproprier des rôles sociaux sexués

Cet infléchissement moral, associé à une reprise en main de soi, est également perceptible dans les récits des patients sur les raisons pour lesquelles ils ont choisi de se faire opérer. Pour beaucoup, l'opération est perçue comme l'occasion de se réapproprier des rôles sociaux sexués dont l'incarnation était difficile, voire impossible, en raison de la corpulence. Là encore, loin d'être appréhendée comme une facilité offerte à des individus fainéants et apathiques, l'opération est au contraire présentée comme une opportunité,

9 Charte d'Ottawa de la promotion de la santé, 1986.

pour des patients volontaires et actifs, de se ressaisir en réintégrant pleinement leurs rôles sociaux et sexués, qu'ils soient conjugaux, familiaux ou professionnels. Nadège, dont l'Indice de Masse Corporelle (IMC) n'était pas assez élevé pour accéder à la *sleeve*, explique par exemple qu'elle n'a pas hésité à invoquer sa volonté d'assurer son rôle de mère, et notamment de pouvoir courir avec ses enfants, pour justifier auprès de l'endocrinologue sa demande d'être opérée. Bien loin de l'image d'une opération destinée à des patients amorphes, la *sleeve* apparaît ici comme un moyen, pour des parents actifs, de recouvrer les capacités nécessaires à l'exercice de leurs rôles parentaux. Nadège se souvient :

[L'endocrinologue] me dit : "Bon, l'IMC est un peu limite, et tout". Je lui dis : "Mais en même temps, j'ai tellement mal, tellement mal". Je lui ai dit : "Mais vraiment, je ne peux plus jouer avec mes enfants, je ne peux plus m'asseoir par terre, je ne peux pas leur courir après... courir avec eux".

Marilou évoque elle-aussi un désir de mobilité et de santé en lien avec sa maternité : « Je veux pouvoir me bouger, j'ai un petit garçon qui mérite d'avoir une maman en bonne santé ». Les jeunes mères, comme Nadège ou Marilou, mentionnent donc le souhait de pouvoir jouer à des jeux sportifs (vélo, jeux de balles) avec leur(s) enfant(s) sans être essouffées, mais aussi le désir d'être en mesure d'assurer la sécurité de leur(s) jeune(s) enfant(s). Comme le montre l'extrait d'entretien qui suit, c'est à la fois le rôle d'épouse, mais aussi et surtout celui de mère, dans ses dimensions éducative, affective et/ou relationnelle, que l'obésité met à mal et que l'opération doit contribuer à restaurer. Nadège insiste :

C'est vraiment les douleurs... Parce que, du coup, ça devient par contre un reproche permanent : "Tu ne viens pas faire du vélo avec moi?!", "Tu ne viens pas faire d'activité physique?!", "Tu ne nous accompagnes pas au parc...?!". Il y a des moments où je ne peux pas marcher! Dans la mesure où je ne peux pas marcher et où je ne peux pas porter, aller au parc avec les enfants... Je ne sers à rien, en fait! Parce qu'avec des enfants de 1 an et 3 ans, il faut être en permanence derrière, les porter, les... et je ne peux pas! [...] Il faut que mon mari soit là pour gérer les enfants, s'il y en a un qui se barre à vélo, qu'il faut courir derrière ou... voilà, pour la sécurité des enfants.

Sandrine explique quant à elle que son poids l'entrave dans la réalisation de ses tâches domestiques et donc dans l'exercice de son rôle conjugal, puisqu'elle n'est pas en mesure de faire les courses, ni le ménage. Lorsqu'elle essaie, non sans mal, elle se heurte d'ailleurs à la désapprobation de son mari : « Je me fais gronder quand je veux faire les courses ! Vous savez que passer le balai, surtout avec un lumbago, non, mais c'est... ». Elle précise que son mari est donc celui qui « fait tout » à la maison. Elle est confrontée à des difficultés semblables dans la réalisation de ses tâches professionnelles : « Ah, mais partout, je veux dire... pour aller au siège [de son entreprise], je monte l'escalier, j'arrive en haut, il me faut une demi-heure pour récupérer mon souffle... Je ne peux même plus, quoi ! ». La conclusion à laquelle arrive Sandrine est sans appel : « Et c'est un handicap à force, ça ! [...] Je fais la chirurgie parce que je deviens handicapée ». Elle attend donc de l'opération qu'elle contribue à réduire les situations de handicap – au sens de Fougeyrollas (2010) – dont elle fait quotidiennement l'expérience. Elle espère notamment que la *sleeve* l'aidera à aller vers une meilleure répartition des tâches domestiques et ménagères au sein de son couple. En somme, il s'agit pour elle d'une opportunité pour réinvestir ce qu'elle considère comme étant le rôle d'une femme, ou plutôt d'une épouse. La réinscription des attentes liées à l'opération dans le cadre des normes conjugales et de genre participe ici d'un processus de redéfinition identitaire. La mise à distance du stigmaté de la passivité et de l'absence de volonté implique que le sens de l'opération se construise au regard d'un désir d'investissement ou de réinvestissement actif dans des rôles sociaux et sexués. Ainsi, pour les patients, il convient de faire le nécessaire pour rompre clairement avec l'image d'une personne obèse dont l'apathie et le caractère amorphe seraient l'expression d'un désinvestissement social.

Qu'il s'agisse de réinvestir son rôle d'épouse ou de mère, l'enjeu de l'opération est bien de reprendre le contrôle de sa vie sociale au travers de la maîtrise de son corps ; ce faisant, par leurs discours, les enquêtés s'efforcent de se mettre à distance de la représentation négative qui associe les patients recourant à l'opération à des personnes désœuvrées qui profitent d'un moyen permettant de perdre du poids de manière passive. Il reste désormais à savoir si, une fois l'opération réalisée, celle-ci permet d'échapper effectivement et durablement au stigmaté, ou si, malgré la perte de poids engendrée, les stratégies de gestion du stigmaté lié à l'obésité continuent à constituer une charge mentale importante et à marquer l'identité des personnes opérées.

Sortir du stigmatisme de l'obésité par la chirurgie bariatrique ?

En transformant rapidement les corps et en éliminant les traces les plus visibles d'une « faute » dont le sens s'est construit au fil d'une longue histoire pondérale, la *sleeve* permet-elle de sortir du stigmatisme lié à l'obésité ? En d'autres termes, il convient à présent de se demander dans quelle mesure l'opération, en effaçant les anciens contours du corps, permet d'effacer durablement la charge morale liée non seulement à l'obésité, mais aussi au recours à la chirurgie pour la combattre. La réponse à cette question n'est pas simple et oblige à nuancer notre propos. Car si l'une des personnes interviewées estime être définitivement libérée du stigmatisme et de sa gestion, les autres considèrent en revanche que l'opération n'a permis que l'invisibilisation partielle du stigmatisme. Dans ce dernier cas, le stigmatisme demeure opérant, les individus ayant le sentiment qu'il reste agissant dans les interactions, où l'attribut du stigmatisme peut être dévoilé à chaque instant. Afin de mieux comprendre les conditions de sortie ou de persistance de la stigmatisation liée à l'obésité, nous prendrons appui sur des extraits d'entretiens réalisés 6 mois (T2) et 12 mois (T3) après l'opération. Le cas de Philippe est mis en exergue, car il représente une façon exceptionnelle d'expérimenter les effets pondéraux, sociaux et moraux de la chirurgie bariatrique. En effet, bien que l'on retrouve des caractéristiques et des processus identiques chez d'autres enquêtés, aucun n'exprime avec autant de clarté et de certitude que Philippe le sentiment d'avoir tourné la page de l'obésité.

Un récit de libération du stigmatisme de l'obésité : le cas de Philippe

En mai 2020, lorsque Philippe est interviewé par la troisième fois, 12 mois après son opération, il a perdu 53 kilos. Il pèse désormais 70 kilos pour une taille de 1,75 mètre, et estime être définitivement sorti de l'obésité et de la stigmatisation associée : « Je ne me sens même pas comme un ancien obèse ! Je l'ai été, oui, mais... [...] voilà, c'est une histoire qui est derrière ! ». Philippe revendique un rôle actif dans la réussite de la *sleeve*, car selon lui : « l'opération ne fait pas tout ». Tout en reconnaissant que le chirurgien a « fait le plus gros », il estime ainsi qu'il lui a fallu « de la volonté » et qu'il y est « pour quelque chose ». Il ajoute :

Si derrière, c'est pour remanger 6 mois après, ça ne sert à rien ! [...] Moi, j'ai pris du temps à me décider à faire l'opération... [...] le jour où j'ai dit je le fais, je savais

très bien que, derrière, j'allais suivre le protocole et que je n'allais pas faire n'importe quoi.

Philippe construit donc un récit autour de l'activité et de la volonté du patient qui vient en contrepoint du stigmate du recours à une solution de facilité en raison de la fainéantise, auquel sont généralement exposés les patients qui ont fait le choix de se faire opérer. Rappelons ici que Philippe a enregistré une perte de poids conséquente (53 kg) qui a radicalement modifié sa silhouette. Il semblerait donc que l'opération, en lui redonnant une silhouette inscrite dans la norme, ait créé les conditions d'expression d'un double récit, celui d'une sortie du stigmate de l'obésité et celui permettant de disqualifier la représentation négative associée au recours à la chirurgie bariatrique comme moyen moralement condamnable d'échapper à l'emprise du poids. Le fait que Philippe soit désormais considéré comme une personne ayant un IMC « normal » explique pour une part sa sensation d'être définitivement sorti de l'obésité. Mais on peut aussi se demander si la chirurgie bariatrique et les transformations qu'elle implique en matière de pratiques alimentaires et physiques ne viennent pas confirmer et matérialiser par le corps une ascension sociale débutée des années plus tôt, et que Philippe n'avait cessé de décrire lors du premier entretien (T1). Lorsqu'il dit prendre désormais garde à ne pas manger « trop de sucreries » et à cuisiner des légumes, n'est-il pas en train d'attester une conversion au « goût de nécessité » qui caractérise les classes moyennes et supérieures (Régnier, Masullo, 2009)? Dès lors, pour ce fils d'employé devenu expert-comptable, la réussite de l'opération bariatrique n'est-elle pas associée à l'acquisition préalable, ou parallèle, d'un nouvel ethos de classe?

L'inertie du stigmate de l'obésité :
entre résignation et poursuite
de l'engagement du patient

D'autres patients opérés, majoritairement des femmes, expriment des doutes concernant leur sortie de l'obésité. Pour Sandrine, dont la perte de poids reste plus modeste et qui reste maintenue dans la catégorie médicale des personnes en « surpoids », l'obésité « on n'en sort pas ! ». À la différence de Philippe, le cas de Sandrine n'est pas isolé : d'autres enquêtées, comme Nadège, Karine ou Marilou, expriment la même crainte de persistance du stigmate de l'obésité. Par exemple, Marilou, qui doit encore perdre une dizaine de kilos pour atteindre un IMC « normal », considère que « ça reste du travail qu'il va falloir faire à vie ». Karine explique être encore en « surpoids » et avoir peur de « regrossir ». Elle considère aussi avoir « une épée de Damoclès [...] à vie » et que l'obésité va « la suivre ». Après sa perte de poids, Sandrine a toujours l'impression

d'être «épiée» par «le regard des autres». Quant à Marilou, elle raconte que, dans les couloirs de l'hôpital, une femme ayant été opérée a considéré que l'opération de Marilou était un échec car elle n'avait pas assez maigri. Par ailleurs, lorsque l'enquêteur explique à Karine que Philippe a la sensation d'être définitivement sorti de l'obésité, elle ne semble pas surprise car, selon elle, «les hommes ne fonctionnent pas pareil». Ces résultats invitent à envisager de nouvelles enquêtes centrées sur les effets de genre à la fois sur la perte de poids postopératoire, sur son interprétation par les patients et les médecins, et sur le sentiment des personnes opérées d'être sorties de l'obésité.

Si toutes ces femmes se disent «contentes» (Sandrine, Karine) ou «ravies» (Marilou) de leur perte de poids (qui oscille entre 25 et 35 kilos), leur satisfaction reste pourtant partielle, car elles souhaiteraient perdre encore une dizaine de kilos. Après une première phase de perte de poids, elles évoquent souvent un retour des «vieux démons» (Marilou, Karine) ou de leurs «travers» (Sandrine) alimentaires pour expliquer la stagnation, sinon une légère hausse de leur poids. Leur activité professionnelle chronophage et éreintante est fréquemment mentionnée pour expliquer la difficulté à maintenir une activité physique dans leur emploi du temps. La plupart d'entre elles estiment néanmoins avoir été actives dans leur perte de poids et développent un discours volontariste en promettant de maintenir ou de se réengager dans des activités physiques. Karine explique ainsi qu'elle marche 18 kilomètres par jour et qu'elle projette de retourner à la salle de sport fermée à cause des restrictions sanitaires liées à la Covid-19. Marilou va aussi «un peu plus» à la salle de sport, où elle s'«oblige à aller un peu plus loin» en matière d'activités physiques. Elle envisage d'aller courir «s'il faut» et parle d'un état d'esprit «combatif» qui lui permet, «après une journée de boulot de 10h», d'aller «faire 1h de sport». Bref, sa perte de poids n'est pas «arrivée pour rien»: elle a fait en sorte que «tout [soit] carré». Aussi, Marilou dit ressentir de la «fierté» à s'être investie dans sa perte de poids.

Sandrine semble pour sa part plus résignée que Karine et Marilou lorsqu'elle aborde les activités physiques et sa propension à être actrice de ses changements corporels. Elle explique faire actuellement «un peu moins de sport» en raison de son activité professionnelle: «Quand on s'est tapé la journée de boulot, on n'a pas trop envie d'y aller... Et puis ça n'est pas donné, hein!». Elle évoque aussi ses problèmes de dos, qui «limitent beaucoup» ses choix mais dit «réfléchir» à s'inscrire à l'aquagym. Il faut préciser que Sandrine, plus âgée que Marilou et Karine, est celle dont la perte de poids a été la moins spectaculaire. Elle a perdu 25 kilos un an après l'opération, et estime ne toujours pas être sortie de l'obésité. «Ça reste en soi», précise-t-elle. Si Sandrine admet que l'opération lui a permis de retrouver de la mobilité, ainsi que des tailles de vêtement

disponibles dans la plupart des magasins, elle a en revanche le sentiment que l'«obésité» fait toujours «partie» d'elle-même. Elle met en cause le «regard des autres», qui semble intériorisé :

On n'a pas envie d'être montrée du doigt comme celle qui a été opérée de l'estomac... [...] Ça n'est pas bien vu, hein, l'obésité est encore... [...] C'est compliqué, on n'en sort pas vraiment, c'est en soi. [...] L'obésité, ça reste en soi. Même si on a une bonne évolution, même si on est bien après, on reste un obèse, je pense, dans la tête. [...] En fait, c'est difficile à expliquer... [c'est] d'avoir toujours ce... ouais, ce regard, en fait, des autres. Le regard des autres, on l'a tellement subi qu'on a l'impression de l'avoir tout le temps! D'être tout le temps épié sur ce qu'on fait, sur ce qu'on mange, sur...

Le contraste avec les espérances en une renaissance post-opératoire formulées par Sandrine quelques semaines avant l'opération est ici saisissant. Aussi, quand l'enquêteur lui demande si elle a la sensation que l'opération l'a fait «renaître» ou l'a «libérée», sa réponse est empreinte de circonspection et de doute :

Ah, mais on... on renaît, mais on n'oublie pas! On n'oublie pas! Ça fait quand même partie de nous, hein. [...] On renaît pour plein de choses. Parce qu'il y a plein de choses qu'on ne pouvait pas faire [...] et qu'on peut faire à nouveau. Parce qu'on va rentrer dans des vêtements dans lesquels on ne s'imaginait pas rentrer. [Inspiration] Mais, euh... mais au fond de soi, on reste quand même... enfin pour moi du moins [...], on reste avec ça.

Un an après l'opération, la perte de poids de Sandrine, considérée par le corps médical comme modérée (25 kg), suivie d'une stabilisation, ne lui permettent toujours pas d'être médicalement identifiée comme une personne ayant un IMC «normal» mais plutôt comme une personne «en banal surpoids»¹⁰. D'où la sensation d'être encore sous le joug de «l'étiquette» de l'obésité. Ce sont finalement ici les significations médicales données aux transformations corporelles engendrées par l'opération qui nourrissent le sentiment de persistance de l'identité obèse. Sandrine conclut :

10 «La perte de poids s'est faite entre mars et septembre... [...] depuis, je stagne [...]]. Là, dans l'immédiat, je n'en suis pas sortie,

pour moi. [...] D'abord, on m'a dit... [...] "Ah, vous êtes en banal surpoids maintenant". Ok, donc je n'en suis pas sortie...».

On fait tout pour que ça me suive, en fait! [...] On me le dit! [...] C'est toujours... l'étiquette, quoi, en fait! [...] Le pire, c'est que c'est le côté médical qui me dit ça.

L'anecdote rapportée par Sandrine confirme que les membres de l'équipe médicale, à travers les catégories normatives qu'ils mobilisent pour produire la « normalité » du corps (Meidani, 2018), ne sont jamais totalement étrangers à la stigmatisation. L'enquête menée par Carof (2021) montre que les personnes très corpulentes font le plus souvent l'expérience de la stigmatisation dans trois institutions : la famille, l'école et l'institution médicale. Nous avons toutefois montré que cette stigmatisation prend une forme singulière dans le contexte de la chirurgie bariatrique. En effet, malgré l'opération et les kilos perdus, le médecin continue d'associer Sandrine aux personnes « en surpoids ». Ses mots résonnent chez elle comme une véritable sentence qui annihile ses espérances de transformations corporelles et la situent à nouveau du côté des corps déviants, illégitimes et moralement condamnables. D'où un sentiment de découragement, voire d'injustice, qui accompagne la crainte de Sandrine de ne pas en être totalement sortie. Celle-ci fait part de son agacement devant les propos d'un cardiologue :

Donc on arrête le cachet pour la tension, il me dit : "Pfff... ouais, de toute façon, il faut faire du sport, hein, parce que vous allez voir l'effet yoyo : paf, vous allez les reprendre les kilos, hein!" [...] À un moment donné, tu ne peux pas juste me dire : "C'est bien"!? [...] Pourquoi balancer le négatif tout le temps ? [...] Tu m'avais fait la remarque, que je devais perdre... J'ai fait l'opération, j'ai perdu, je viens pour faire un bilan et tu me dis : "Faites gaffe à l'effet yoyo, vous allez reprendre des kilos! [...] Maintenant, vous êtes en banal surpoids".

Bien que la santé biologique de Sandrine se soit nettement améliorée (elle ne prend plus de « cachet » pour la tension), le changement limité de sa silhouette apparaît, pour le cardiologue, comme le signe d'un manque d'activité et de résolution de sa part. La scène qu'elle rapporte révèle donc que, quand l'opération n'a pas conduit à une transformation de la silhouette suffisamment nette pour quitter objectivement la catégorie pondérale et médicale du « surpoids », le stigmaté de l'obésité est réactivé (avec le concours du discours médical).

Une sortie du stigmaté
de l'obésité différée ?
Le cas de Guy

Parmi les points de vue des personnes opérées qui considèrent ne pas être entièrement sorties du stigmaté de l'obésité, celui de Guy paraît de prime abord quelque peu atypique et mérite donc d'être analysé. En effet, un an après l'opération, Guy ne mobilise pas de la même façon que les autres enquêtés la rhétorique de l'activité et de l'autonomie du patient pour expliquer sa perte de poids. Jusqu'à 12 mois après la *sleeve*, ce dernier n'attribue aucun « mérite » à la personne opérée dans sa perte de poids. Pour autant, Guy ne perd pas de vue le discours volontariste faisant du patient l'acteur de sa perte de poids, mais il le mobilise pour désigner une étape à venir, qui s'étale sur le long terme et qui doit, selon lui, débiter un an après l'opération. Notons ici que Guy paraît beaucoup moins exposé à l'évaluation réprobatrice du corps médical que Sandrine, car il a vu son poids dégringoler de 40 kilos en l'espace de 6 mois. Guy a cependant bien conscience qu'en pesant 96 kilos, il n'entre pas encore dans la catégorie médicale de l'IMC « normal ». Au bout de 6 mois, cette perte de poids ne lui apparaît pas comme le résultat d'un ensemble de mesures dont il serait l'acteur, mais comme l'effet automatique et prévisible de l'opération : « un truc complètement mécanique » sur lequel il n'a pas de prise et qui est lié à la « douleur ». Guy note :

Acteur, c'est quand on est libre... [...] là, je n'ai pas le choix, franchement, si je mange la fourchette... [en trop...] la douleur fait qu'on n'a pas envie d'avoir cette douleur-là.

S'il mange moins et perd du poids, ce n'est donc pas par volonté mais parce qu'il craint la douleur liée à une ingestion trop importante de nourriture. Selon lui, cette situation peut induire chez les personnes opérées de fausses interprétations quant à leur perte de poids : « C'est marrant, parce qu'on peut s'approprier une victoire qui n'est pas sienne ». Ce chef d'entreprise estime qu'il ne pourra véritablement juger de sa capacité à agir sur son poids et évaluer son « mérite » qu'à partir de 12 mois après l'opération, une fois que « la cicatrisation de l'estomac » aura eu lieu. D'après lui, c'est seulement après cette date qu'il sera confronté au risque de « dérapages » alimentaires et qu'il devra « se reprendre en main ».

Si le récit de Guy n'est pas celui d'une sortie définitive de l'obésité, il résonne pourtant différemment de ceux des femmes présentés plus haut. Bien que sa perte de poids soit conséquente, elle ne lui a pas permis de s'extraire de la catégorie des personnes ayant un IMC trop élevé. Comme

Sandrine, Marilou et Karine, Guy compte perdre encore une dizaine de kilos. S'il ne perd pas complètement de vue le discours émancipateur de la perte de poids autonome et volontaire, il envisage d'être acteur de sa corpulence de façon différée, une fois que son estomac aura cicatrisé et qu'il sera en mesure de se confronter aux risques de « dérapages ». La lutte qu'il entrevoit pour modifier ses habitudes en matière d'alimentation et de pratique physique a certes été rendue possible par la chirurgie bariatrique mais, paradoxalement, ce n'est que de façon différée, lorsque celle-ci n'aura plus d'effets sur son corps, qu'elle aura selon lui pleinement rempli son rôle en lui redonnant le pouvoir sur ce dernier et la responsabilité de son poids. Car Guy entend bien apparaître comme le principal artisan et chef de file de sa perte de poids et ne souhaite pas donner la primauté au chirurgien dans ce processus. Pour ce directeur de magasins, propriétaire d'une « grande maison », il s'agit de se positionner vis-à-vis d'un chirurgien socialement proche et dont l'intervention n'a été acceptée qu'au prix d'un orgueil blessé :

Ce qui m'énerve, c'est que je suis face à une incapacité à gérer mon alimentation, mon poids ... c'est de l'orgueil.

Il y a chez Guy une défiance vis-à-vis de la position de pouvoir occupée par les professionnels du monde médical, qui est rendue possible par la proximité de sa position sociale avec celle des médecins. À ce sujet, il raconte qu'il n'a pas « apprécié » le retard du chirurgien lors d'un rendez-vous et qu'il a décidé de partir sans le rencontrer. Le travail de « reprise en main » que Guy projette de réaliser lorsque la chirurgie n'aura plus d'effet, et qui consistera à modifier ses habitudes de vie, atteste son souhait de bien distinguer ce qui relève du pouvoir du chirurgien de ce qui relève du sien, qu'il considère comme prioritaire et essentiel. Car, comme il le dit :

[Le chirurgien] a fait ce qu'il avait à faire le 7 mai, c'était là qu'on l'attendait. Après, le reste, je crois que c'est dans la main de chacun des opérés et point à la ligne; c'est pas lui qui écrit l'histoire des gens.

Donner du sens au nombre
de kilos perdus, et à sa part
de responsabilité...

L'analyse des récits que nous venons de proposer contribue à éclairer les mécanismes qui permettent d'échapper ou non, par la chirurgie bariatrique, au stigmate de l'obésité. Par-delà l'ampleur de la perte de poids, ces récits sont liés à la co-construction du sens donné aux kilos perdus. Pour le patient, il faut pouvoir interpréter les transformations plus ou moins importantes de sa silhouette dans le langage de l'activité, du dynamisme, de la responsabilité et du contrôle de soi pour parvenir à mettre à distance, dans un même mouvement, le stigmate de l'obésité et la représentation négative liée à l'opération. Autrement dit, si le patient opéré a le sentiment de ne plus être « obèse »^[11], c'est bien parce que, paradoxalement, les métamorphoses de sa silhouette le font apparaître comme une personne active et responsable.

À l'inverse, lorsque le corps est peu transformé à la suite de l'opération et que les catégories médicales de l'obésité ou du surpoids demeurent applicables, les conditions pour recourir à un langage faisant état d'un investissement régulier et d'une forte volonté du patient ne sont pas entièrement réunies, quand bien même ce dernier se serait montré volontaire, actif et rigoureux depuis l'opération. Cette situation ne constitue-t-elle pas le drame social de la chirurgie de l'obésité ? Car il ne suffit pas d'apprendre à se présenter et à se vivre comme un patient actif et responsable, encore faut-il que cette évolution puisse s'incarner dans la production d'un corps « normal » au regard des tables de poids et de l'IMC. Face à une perte de poids « médicalement » insuffisante, les enquêtés développent des discours de justification mobilisant de façon contrastée la rhétorique de l'activité et de l'autonomie. Si certains semblent résignés et n'entrevoient pas de façon de faire de l'amaigrissement un signe de leur conversion active, telle Sandrine, d'autres sont déterminés à redoubler d'efforts pour se réappropriier le contrôle de leur corpulence, comme Marilou ou Karine. Le cas de Guy, socialement plus proche de l'équipe médicale, suggère une autre façon de gérer une perte de poids perçue comme médicalement insuffisante. Tout en rejetant l'idée d'une contribution du patient à cette perte durant la première année, ce dernier diffère cette contribution à un combat à venir contre les risques de « dérapages », une fois l'effet de la chirurgie terminé.

11 Au sens où il n'a plus le sentiment d'appartenir à la catégorie médicale de l'obésité.

Conclusion : la signification morale de la perte de poids

Au terme de l'examen détaillé de ces entretiens, nous considérons que, pour bien comprendre tant le stigmate de l'obésité que la représentation négative associée à la chirurgie bariatrique, il convient de les envisager dans une perspective diachronique à partir de la notion de « carrière morale » de l'obésité et des logiques de classe et de genre qui la sous-tendent. Car si l'opération est porteuse de l'espoir d'effacer l'hyper-visibilité d'un corps discrédité, elle révèle aussi combien le discrédit renvoie *in fine* moins au signe que constitue le corps gros qu'à la faute morale qu'il vient signifier. Or, cette faute a été incorporée. Si bien que la signification même de l'amaigrissement, tout autant que la question de la légitimité des moyens d'y parvenir, hantent les sujets opérés.

Dans ces conditions, la chirurgie ne saurait être considérée comme une simple opération technique dissociable du travail moral à réaliser pour recouvrer un contrôle de soi associé à la notion de volonté. L'opération chirurgicale doit permettre au patient, en lui offrant la possibilité de retrouver une silhouette « normale », de trouver la voie d'une sortie de l'obésité. Aussi, il est quelque peu paradoxal pour une personne obèse toujours suspectée d'être coupable de flemme, de devoir en passer par une opération perçue comme une solution passive de facilité – qui permettrait d'éviter les efforts liés aux restrictions alimentaires ou à l'activité physique – pour donner la preuve de son activité et de son dynamisme. La résolution de ce paradoxe constitue une condition indispensable pour que le recours à la chirurgie infléchisse la carrière morale des personnes de forte corpulence.

L'entrée dans le parcours de la *sleeve* fonctionne ainsi comme une sorte de pari risqué ; en ce sens, la chirurgie bariatrique constitue un événement biographique et comporte une part de contingence et d'imprévisibilité (Grossetti, 2006). Ce pari ne peut fonctionner que si la perte de poids est suffisamment visible et médicalement validée (par le retour vers un IMC « normal ») pour permettre de soutenir le récit selon lequel le patient a activement contribué au retour dans la norme corporelle. Dans le cas contraire, le stigmate demeure et peut même se trouver renforcé. Dans tous les cas, il s'agit de passer d'un jugement de fait (le nombre de kilos perdus) à un jugement de valeur portant sur la responsabilité individuelle. Ainsi, l'obésité est toujours l'objet d'une stigmatisation à double fond : l'une, portant sur l'attribut qu'est la difformité du corps, l'autre portant sur les tares de caractère que constituent les traits de personnalité supposés à l'origine de cette monstruosité du corps (manque de volonté, passivité, fainéantise). Si, en outre, le recours à la chirurgie est

interprété de l'extérieur comme la confirmation de ces tares de caractère, c'est-à-dire comme la preuve de l'absence d'une volonté qui permettrait de s'en sortir par soi-même, on peut conclure que le patient opéré doit se défaire d'une double couche de stigmatisation pour se départir de l'obésité constituée en stigmate. Ce n'est donc qu'en remplissant cette double exigence, à la fois de normalisation médicale du poids et de mise en scène d'une inflexion morale, que l'opération permet de s'extraire de la stigmatisation.

Au regard de notre échantillon et de l'expérience de Philippe, les résultats laissent à penser que la sortie du stigmate de l'obésité est facilitée pour un homme et pour une personne en mobilité sociale ascendante. Cependant, étant donné qu'aucun autre enquêté n'a perdu autant de poids que Philippe, il n'a pas été possible de comparer la signification différentielle d'une même perte de poids faisant suite à l'opération selon la classe et le genre. Par ailleurs, les données que nous avons produites n'ont pas permis d'aborder la question des rapports sociaux de race. Si l'échantillon étudié ne comportait que des personnes catégorisées comme « blanches », cela ne signifie pas que leur appartenance à cette catégorie sociale non-marquée (Choo, Ferree, 2010) n'intervient pas dans l'expérience de l'obésité et de la chirurgie bariatrique (Byrd *et al.*, 2018). Ces angles morts de notre enquête laissent ouvertes de riches perspectives de recherche pour étudier la façon dont s'articulent les questions de classe, de genre et de race dans l'économie morale de la chirurgie bariatrique. ■

Bibliographie

- BARBOT J., CAILBAULT I., 2010, Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps. Quand la chirurgie esthétique se donne à voir, *Politix*, 90, 91-113.
- BELDAME Y., FERREZ S., PERERA E., GALLENGA G., NOCCA D., 2021, Opération du poids et poids de l'opération: Les régimes de justification de patients obèses en attente d'une chirurgie bariatrique, *Sciences sociales et santé*, 39, 41-67.
- BERTAUX D., 2016 [1997], *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 4^e éd., Collection 128.
- BYRD A.S., TOTH A.T., STANFORD F.C., 2018, Racial Disparities in Obesity Treatment, *Current Obesity Reports*, 7, 130-138.
- BOURDIEU P., 1979, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.
- CAROF S., 2015, Le régime amaigrissant: une pratique inégalitaire?, *Journal des anthropologues*, 140/141, 213-233.
- CAROF S., 2017, Les représentations sociales du corps «gros», *Anthropologie & Santé*, 14. En ligne: <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396>>.
- CAROF S., 2019, Être grosse – Du corps discréditable au corps discrédité, *Sociologie*, 10, 3, 285-302.
- CAROF S., 2021, *Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- CHOO H.Y., FERREE M.M., 2010, Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities, *Sociological Theory*, 28, 129-49.
- DARMON M., 2008, La notion de carrière: un instrument interactionniste d'objectivation, *Politix*, 82, 149-167.
- DASTON L., 2014, *L'économie morale des sciences modernes. Jugements, émotions et valeurs*, Paris, La Découverte.
- EDWARD K.-L., HII M.W., GIANDINOTO J.-A., 2018, Personal Descriptions of Life Before and After Bariatric Surgery From Overweight or Obese Men, *American Journal of Men's Health*, 12, 2, 265-273.
- FOUGEYROLLAS P., 2010, *La funambule, le fil et la toile: transformations réciproques du sens du handicap*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- GOFFMAN E., 1968 [1961], *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN E., 1973 [1971], *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN E., 1975 [1963], *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GROSSETTI M., 2006, L'imprévisibilité dans les parcours sociaux, *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 1, 5-28.
- HACHE É., 2007, La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale?, *Raisons politiques*, 28, 49-65.
- HACKING I., 2005, Normalisation. L'"épidémie" d'obésité, Leçon du Collège de France 2004-2005.
- HANSEN B., DYE M.H., 2018, Damned if You Do, Damned if You Don't: The Stigma of Weight Loss Surgery, *Deviant Behavior*, 39, 2, 137-147.
- JACOLIN-NACKAERTS M., 2018, L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses: une socialisation de transformation?, *Sciences sociales et sport*, 11, 1, 99-132.
- JUNG F., DIETRICH A., STROH C., RIEDEL-HELLER S.G., LUCK-SIKORSKI C., 2017, Changes in Attitudes Towards Bariatric Surgery After 5 Years in the German General Public, *Obesity Surgery*, 27, 10, 2754-2758.
- LHUISSIER A., REGNIER F., 2005, Obésité et alimentation dans les catégories populaires: une approche du corps féminin, *INRA Sciences sociales*, 3, 4, 1-4.

- MATTINGLY B.A., STAMBUSH M.A., HILL A.E., 2009, Shedding the Pounds but not the Stigma: Negative Attributions as a Function of a Target's Method of Weight Loss, *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 3, 128-144.
- MEIDANI A., 2005, Différence "honteuse" et chirurgie esthétique: entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte narratif, *Déviance et Société*, 29, 167-179.
- MEIDANI A., 2018, "C'est normal docteur?" – Normal et pathologique en médecine générale, *Déviance et Société*, 42, 465-499.
- MORENO PESTAÑA J.L., 2015, Haro sur les gros, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 208, 4-13.
- OBERLIN P., PERETTI de C., 2018, Chirurgie de l'obésité: 20 fois plus d'interventions depuis 1997, *Études et Résultats* (DREES), 1051.
- PATTON M.Q., 2014, *Qualitative Research and Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- POULAIN J.-P., 2009, *Sociologie de l'obésité*, Paris, PUF.
- REGNIER F., 2022, L'art de bien manger: une question sociale?, *Servir*, 517, 37-39.
- REGNIER F., MASULLO A., 2009, Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale, *Revue française de sociologie*, 50, 747-773.
- REGNIER F., 2006, Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis, *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41, 2, 97-103.
- ROUSSEAU A., 2016, L'institutionnalisation des *fat studies*: l'impensé des « corps gros » comme modes de subjectivation politique et scientifique, *Recherches féministes*, 29, 1, 9-32.
- SAINT-POL T. de, 2007, L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent, *Insee Première*, 1123.
- SAINT-POL T. de, 2013, Obésité, normes et inégalités sociales, *Le Journal des psychologues*, 311, 19-22.
- SAINT-POL T. de, 2010, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, Paris, PUF.
- SIKORSKI C., LUPPA M., DAME K., BRAHLER E., SCHUTZ T., SHANG E., KONIG H.-H., RIEDEL-HELLER S.G., 2013, Attitudes Towards Bariatric Surgery in the General Public, *Obesity Surgery*, 23, 3, 338-345.
- TEMPLE NEWHOOK J., GREGORY D., TWELLS L., 2013, The Road to 'Severe Obesity': Weight Loss Surgery Candidates Talk About Their Histories of Weight Gain, *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 7, 1, 37-51.
- TRAINER S., BENJAMIN T., 2017, Elective surgery to save my life: rethinking the "choice" in bariatric surgery, *Journal of Advanced Nursing*, 73, 4, 894-904.
- VANDEBROECK D., 2015, Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 208, 14-39.
- VAN GEELLEN S.M., BOLT I.L.E., VAN DER BAAN-SLOOTWEG O.H., VAN SUMMEREN M.J.H., 2013, The Controversy Over Pediatric Bariatric Surgery: an explorative study on attitudes and normative beliefs of specialists, parents, and adolescents with obesity, *Journal of Bioethical Inquiry*, 10, 2, 227-237.
- VARTANIAN L.R., FARDOULY J., 2013, The Stigma of Obesity Surgery: Negative Evaluations Based on Weight Loss History, *Obesity Surgery*, 23, 10, 1545-1550.
- VIGARELLO G., 2010, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*, Paris, Seuil.

Annexe

Tableau 1. Caractéristiques des personnes interviewées

Enquêtés	Âge	Profession (termes utilisés par les enquêté(e)s pour désigner leur profession)
Nadège	35 ans	Technicienne d'intervention sociale et familiale
Sandrine	47 ans	Superviseur administratif dans une association du secteur social
Marilou	39 ans	Maîtresse de maison dans un foyer d'accueil
Karine	38 ans	Cogérante d'une usine et d'un magasin de tielles
Lucie	51 ans	Agent d'accueil dans un EHPAD
Viviane	59 ans	Au chômage (ancien manager dans un centre de tri bancaire)
Stéphane	43 ans	Compagnon Emmaüs
Odette	60 ans	Retraitée
Philippe	39 ans	Agent comptable
François-Xavier	25 ans	Viticulteur
Lucie	50 ans	Sans emploi (elle a été serveuse, cuisinière et agent de nettoyage)
Tania	50 ans	Contractuelle aéroport
Guy	50 ans	Directeur de magasin
Magalie	46 ans	Boulangère

FR – À partir d'entretiens répétés avec des patients «obèses» autorisés à être opérés, l'article questionne la construction du sens réalisée par les patients et les professionnels de santé pour infléchir une carrière morale associant la prise de poids à une «faute» personnelle et le choix de l'opération à une «solution de facilité». L'article montre à quelles conditions cette négociation du parcours chirurgical conduit à créer une catégorie légitime de patients actifs et responsables des transformations corporelles produites avec l'aide de la chirurgie. Ce faisant, il précise dans quel contexte la chirurgie bariatrique peut constituer le levier d'une sortie du stigmate associé à une corpulence déviante.

OBÉSITÉ – STIGMATE – CHIRURGIE BARIATRIQUE –
TRANSFORMATIONS CORPORELLES –
ÉCONOMIE MORALE – CARRIÈRE MORALE

EN – *The moral economy of obesity surgery: continuing stigma or lasting destigmatisation?* – Drawing on repeated interviews with 'obese' patients who were authorized to undergo bariatric surgery, this article questions the work of meaning-making carried out by patients and the medical staff, in an attempt to inflect the moral career that associates weight gain with personal "fault" and the choice of surgery with an "easy way out". This article shows under which conditions this negotiation contributes to the emergence of a legitimate category of patients, who are both active and responsible for the bodily transformations produced with surgical support. In doing so, it explains how bariatric surgery can be used to break down the stigma associated with a deviant body type.

OBESITY – STIGMA – BARIATRIC SURGERY –
BODY TRANSFORMATION – MORAL ECONOMY –
MORAL CAREER

DE – *Die moralische Ökonomie der Adipositas-Chirurgie: Kontinuität der Stigmatisierung oder dauerhafte Entstigmatisierung* – Basierend auf wiederkehrenden Interviews mit „fettleibigen“ Patienten, die sich einer Operation unterziehen dürfen, hinterfragt der Artikel die Bedeutungskonstruktion bei Patienten und medizinischem Fachpersonal in Bezug auf den Wechsel im moralischen Werdegang im Hinblick auf die Gewichtszunahme als persönlichem „Verschulden“ und der Wahl der Operation als „bequemere Lösung“. Der Artikel zeigt, unter welchen Bedingungen diese Aushandlung des chirurgischen Weges eine legitime Kategorie von aktiven Patienten entstehen lässt, die für die mit Hilfe der Operation verursachten körperlichen Transformationen Verantwortung übernehmen. Damit wird präzisiert in welchem Zusammenhang die Adipositas-Chirurgie einen Hebel zur Überwindung des Stigmas, welches mit abweichender Korpulenz verbunden ist, darstellen kann.

FETTLLEIBIGKEIT – STIGMA – ADIPOSITAS-CHIRURGIE –
KÖRPERLICHE TRANSFORMATION – MORALISCHE
ÖKONOMIE – MORALISCHER WERDEGANG

ES – *La economía moral de la cirugía de la obesidad: ¿continuación del estigma o desestigmatización duradera? por Beldam y otros* – A través de entrevistas reiteradas a pacientes «obesos» con autorización para ser operados, el artículo cuestiona la construcción del sentido que realizan los pacientes y los profesionales de la salud para transformar una “*carrière morale*” que vincula el aumento de peso con una «culpa» personal y la elección de la operación con una «solución fácil». El artículo muestra en qué condiciones esta negociación del recorrido quirúrgico lleva a crear una categoría legítima de pacientes activos y responsables de las transformaciones de su cuerpo producidas mediante la cirugía. Al hacerlo, especifica en qué contexto la cirugía bariátrica puede ser la vía para salir del estigma asociado a una corpulencia desviada.

OBESIDAD – ESTIGMA – CIRUGÍA BARIÁTRICA –
TRANSFORMACIONES CORPORALES – ECONOMÍA MORAL –
CARRERA MORAL