

**« MOI, JE NE DEMANDE PAS
À RENTRER DANS UNE TAILLE 36¹ »
Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans**

Olivier LEPILLER*

« Bariatrique », de *baros* (poids) et *iatros* (médecin), qualifie une chirurgie visant à faire perdre du poids. Le moyen est celui d'une intervention physique sur le système digestif afin de diminuer les capacités d'ingestion. En première lecture, la chirurgie bariatrique vise donc des réductions : moins d'aliments pour moins de poids².

En 2012, 15% des Français adultes étaient obèses (Eschwège, Charles & Basdevant, 2013). Trois types d'obésité sont définis sur la

* CERTOP (UMR CNRS 5044), université de Toulouse 2 Jean Jaurès – Maison de la Recherche, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9.

Courriel : olivierlepiller@gmail.com

¹ Mme Milan (48 ans, IMC 38,2 - caissière, mariée, 2 enfants).

² Cet article présente des résultats de l'enquête OBVIA (Obésité vieillissement alimentation), financée par la Région Midi-Pyrénées, la Commission recherche de l'université Toulouse 2 Jean Jaurès et l'ISTHIA (Institut supérieur du tourisme de l'hôtellerie et de l'alimentation de l'université de Toulouse-le Mirail), portée par Christophe Serra Mallol et dirigée par Jean-Pierre Poulain et Patrick Ritz. Merci à Perrine Maillard pour son aide à la rédaction de cet article, ainsi qu'aux deux relecteur-trice-s anonymes et aux éditeur-trice-s de ce numéro pour son amélioration.

base de l'IMC³. Le type I concerne 10,7% de la population, le II dit sévère, 3,1%, et le III ou morbide 1,2%. L'IMC moyen augmente avec l'âge, comme la proportion d'obèses. L'obésité touche plus souvent les femmes (15,7%) que les hommes (14,3%). Elle est plus présente dans les catégories populaires, que l'on prenne le critère du revenu ou de la profession (Saint Pol, 2008) : les styles d'alimentation populaires valorisent les aliments énergétiquement denses qui tiennent au corps et des physiques plus corpulents ; les milieux aisés, souvent plus éduqués, sont plus au fait des discours nutritionnels de santé publique et plus disposés à les mettre en pratique ; l'accès à une offre alimentaire de bonne qualité nutritionnelle est plus compliquée pour les plus pauvres et leur niveau d'activité physique est moindre ; les trajectoires sociales descendantes et la précarisation peuvent favoriser la valorisation d'aliments particulièrement plaisants et énergétiquement denses. Mais, 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 (Poulain, 2009).

La chirurgie bariatrique correspond principalement à trois techniques d'interventions⁴. L'anneau gastrique ajustable, aujourd'hui en perte de vitesse, ne concerne pas notre échantillon. Le *by-pass* gastrique consiste à réduire la poche gastrique et à diminuer la surface de contact des aliments en mettant une partie de l'intestin hors-circuit. La gastrectomie (*sleeve*) consiste à réséquer l'estomac pour former une poche très réduite. Le *by-pass* concerne 25 enquêtées et la *sleeve* 3. Ces techniques diminuent drastiquement les

³ L'indice de masse corporelle est la mesure de référence de la corpulence. Il se calcule en divisant le poids (kg) par la taille au carré (m). Une personne mesurant 1,65 m et pesant 68 kg possède un IMC de 25 ($68/1,65^2=25$). Le poids « normal » correspond à un IMC entre 18,5 et 25 kg/m², le « surpoids », entre 25 et 30, l'obésité à un IMC supérieur à 30. L'obésité de type I se situe entre 30 et 35, le type II entre 35 et 40 et le type III au-delà de 40 kg/m². Sur l'histoire de l'IMC, voir Poulain (2009).

⁴ Sur les différentes techniques, voir (CNAM, *op. cit.*).

capacités d'ingestion et nécessitent une période de rééducation alimentaire : aliments mixés, puis hachés en privilégiant les aliments protéiques riches en glucides complexes, avant de retrouver des consistances et des compositions de repas plus habituelles. Elles apparaissent comme les meilleurs moyens pour perdre du poids, maintenir la perte et faire baisser morbidité et mortalité (Dargent, 2008 ; Basdevant, 2011). Mais elles comportent des risques et leur succès à long terme n'est pas garanti. Par ailleurs, la modification physique du système digestif et du métabolisme induite a des conséquences iatrogènes potentiellement nombreuses : excès de peaux, supplémentation vitaminique nécessaire, gênes tels que vomissements, reflux, malaises, impacts sur les goûts, plaisir et sociabilités alimentaires, troubles de l'identité, risques accrus de divorce et de séparation, etc. Ces techniques sont encadrées par la Haute autorité de santé (HAS, 2009). La chirurgie ne doit être prescrite qu'après l'échec des méthodes conventionnelles (suivi diététique, cures...). Elle s'adresse aux personnes obèses morbides ou sévères qui souffrent d'au moins une pathologie associée. Ces recommandations devraient être mises à jour pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des pratiques. Les interventions croissent en effet très rapidement : 15 000 en 2006, 30 000 en 2011, autour de 44 000 en 2013 (dont 24 000 *sleeves* et 13 500 *by-pass*⁵, accroissement récemment questionné par la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie, 2013).

Dans ce rapport, le fait que 83% des opérés soient des femmes ne soulève étonnamment aucune interrogation. Elles sont pourtant largement surreprésentées, même au regard de la plus forte proportion de femmes parmi la population prioritairement éligible. En effet, si la prévalence de l'obésité morbide féminine est 2,7 fois

⁵ Les chiffres de 2013 sont avancés par David Nocca (CHU de Montpellier, expert à la Haute autorité de santé) dans un article de *Hopital.fr* : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/Le-nombre-de-chirurgies-de-l-obesite-a-triple-en-7-ans> (consulté le 28/05/14).

supérieure à celle des hommes⁶, on compte plus de 4 fois plus de femmes que d'hommes parmi les opérés. Ces observations soulèvent des questions relatives au genre : pourquoi les femmes sont-elles plus enclines que les hommes à se faire opérer ? Quels aspects normatifs spécifiquement liés aux rôles sociaux féminins permettent d'expliquer ces différences ?

Nous nous plaçons ici du point de vue de femmes ayant décidé de recourir à la chirurgie bariatrique. Quels bénéfices espèrent-elles dans le recours à la chirurgie ? Dans quelles histoires personnelles s'inscrit leur décision ? Comment les assignations de genre jouent-elles dans celle-ci ?

L'injonction à la minceur (Hubert & de Labarre, 2005 ; Hubert, 2004 ; Détrez & Simon, 2006 ; Saint Pol, 2010) pour présenter une apparence séduisante (Löwy, 2006) s'applique plus fortement aux femmes qu'aux hommes. Dès lors, on pourrait s'attendre à ce que les raisons esthétiques priment dans le recours à la chirurgie. Mais on connaît aussi les implications du vieillissement féminin sur l'injonction esthétique. L'âge de la ménopause en particulier est associé, dans le sens commun, à un relâchement de cette injonction et de la sexualisation du corps féminin. Ce relâchement va de pair avec le renforcement d'une autre injonction genrée à se montrer performante dans des rôles de souci et de soin des autres (Delanoë, 2006). Ce double constat conduit à interroger l'importance relative de l'injonction esthétique et de l'injonction au *care* dans la décision de ces femmes. Comment ces deux injonctions s'articulent-elles ? Nous proposons ici des éléments de réponse en nous centrant sur des femmes de plus de 45 ans. Cette population permet d'appréhender l'articulation de ces deux injonctions autour de la ménopause. Des entretiens semi-directifs biographiques d'une durée d'1h à 2h15 ont été réalisés avec 28 femmes âgées de 45 à 67 ans (moyenne : 52,5 ans), la veille de leur opération, dans une clinique de la région toulousaine. Ces entretiens anonymisés, réalisés

⁶ En 2009, 1,6% des femmes étaient obèses morbides, contre 0,6% des hommes (Eschwège, Charles & Basdevant, 2010).

début 2014, ont été retranscrits et analysés thématiquement. Le guide d'entretien abordait d'abord l'histoire personnelle des enquêtées en coconstruisant avec elles une frise où étaient inscrits les événements et étapes de leurs vies. Les thèmes abordés touchaient successivement le rapport à l'alimentation, à la santé, au vieillissement, au corps et n'abordaient la décision de se faire opérer qu'en dernière instance.

L'injonction à la minceur : une expérience qui pèse lourdement sur le rapport au corps et à l'alimentation

La grande majorité des enquêtées ont une expérience de l'obésité ou du surpoids aussi ancienne que les désagréments qui les accompagnent. Les parcours de ces femmes mettent en évidence les facteurs de genre qui favorisent la prise de poids ainsi que sa stigmatisation. Que les femmes soient plus exposées à la stigmatisation liée à la corpulence est connu (Joanisse, 2003 ; Poulain, 2009 ; Puhl & Heuer, 2010 ; Saint Pol, 2010 ; Vigarello, 2010) : nous cherchons à en identifier les principaux contextes et agents.

Pour celles qui ont été « costauds (*sic*) », depuis leur enfance, les souvenirs de quolibets et de mises à l'écart par leurs pairs sont fréquents :

[...] À l'école, « ouais toi t'es grosse, tu viens pas avec nous ! » [...] Et « bouboule » tout ça, qu'est-ce que je l'ai entendu (Mme Macreuse, 51 ans, IMC 45,5 – ouvrière, invalide, en couple, 2 enfants).

La honte de son corps passe aussi fréquemment par la mère, soit qu'elle ait été attisée, ou n'ait pas été éteinte, ce qui indique une transmission féminine d'une pression normative à travers la socialisation familiale :

J'ai dit à ma mère « tu m'aurais pas dit, à chaque fois que j'essayais quelque chose, ça te va bien mais ça ne te cache pas les fesses » ! (Mme Moucherolle, 54 ans, IMC 41,4 – ouvrière, invalide, divorcée, 1 fille).

Parce que j'étais finalement pas grosse. Mais j'avais des formes. [...] Peut-être parce que ma maman ne m'a simplement jamais dit « tu es belle, aime-toi », tout simplement aussi (Mme Élanion, 46 ans, IMC 35,7 – aide-soignante, en couple, 1 enfant).

La stigmatisation familiale peut aussi être l'œuvre des hommes (père ou partenaire) :

Mon père m'a dit, à Noël, je l'ai vu, « ben t'as rengraissé toi ! ». Très gentil... Alors que c'est faux (Mme Harle, 52 ans, IMC 46,9 – téléopératrice, divorcée, célibataire, 3 enfants).

Mon ex-mari n'a pas été tendre avec moi, pendant nos 18 ans de vie commune, il m'a traitée d'à peu près tous les noms : pachyderme, Elephant Man » (Mme Épicéa, 52 ans, IMC 40,6 – ancienne chef d'entreprise en reprise d'études, divorcée, célibataire, 1 enfant).

Lorsqu'il s'agit du compagnon, difficile de ne pas faire le rapprochement avec le rôle d'affichage de la réussite sociale dévolue aux femmes et à leur apparence (Singly, 1987 ; Bozon, 2006 ; Löwy, *op. cit.*). Ainsi, Mme Viorne (52 ans, IMC 47,3 – ouvrière, en arrêt maladie longue durée, divorcée, célibataire, 1 enfant) relate les propos tenus par son mari alors que la mère de ce dernier venait de les appeler à table :

« Elle est assez grosse, elle va pas manger », il répondait. Oui, mais moi, je n'avais presque rien avalé. Et oui, il voulait une fille au top.

Les expériences de stigmatisation relatées dans le cadre professionnel ne sont pas rares et peuvent se traduire par des discriminations plus ou moins manifestes. L'espace public est aussi le lieu de mauvaises expériences. Manger en public peut s'avérer une véritable épreuve, dans laquelle certaines femmes ressentent des reproches :

Le restaurant où vous arrivez à deux, deux personnes en surpoids par exemple, le regard des gens [qui dit] « Qu'est-ce qui foutent là, quoi ? Pourquoi ils viennent manger ? Pourquoi ils mangent ? » (Mme Épicéa).

Le magasin de vêtements représente un autre lieu symboliquement très violent pour ces femmes, dans lequel certaines disent se faire « toiser » et où elles s'abstiennent parfois de se rendre. Enfin, la mise à l'écart des femmes les plus corpulentes est inscrite jusque dans l'environnement matériel, ce que confirment certaines d'entre elles qui évoquent des chaises de café trop petites ou fragiles ou des sièges de cinéma trop étroits.

Ces expériences de la stigmatisation contribuent, par différents mécanismes, à un rapport problématique à la corpulence, qui va de

pair avec un rapport problématique et souvent culpabilisé à l'alimentation, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (Beardsworth *et al.*, 2002). La quête de la minceur favorise la pratique de régimes amaigrissants qui conduisent presque irrémédiablement à une reprise de poids au moins équivalente (ANSES, 2010). Les femmes, bien plus fréquemment que les hommes, sont portées à ce type de pratiques restrictives encouragées par les magazines féminins (Détrez, 2002 ; Darmon & Détrez, 2004 ; Hubert, *op. cit.* ; Hubert & de Labarre, *op. cit.*). Toutes les enquêtées disent leur expérience du fameux « yoyo ». Les psychologues et psychiatres ont pointé le rôle de la « restriction cognitive » dans ce phénomène (Apfeldorfer & Zermati, 2001 ; Bellisle & Dalix, 2006) : une fois le contrôle relâché, une digue saute et on se venge sur la nourriture. Face à ces échecs répétés, certaines femmes décrivent un rapport dégoûté et punitif à l'alimentation : on mange parce que c'est nécessaire, mais tout plaisir est dénié. Les femmes dans cette situation combinent souvent un désinvestissement culinaire, une déstructuration des journées alimentaires, une désocialisation et un repli sur soi. Ce cas de figure apparaît lié à des situations sociales précaires chez des femmes célibataires, dépressives et sans emploi (Lhuissier, 2006). La culpabilisation de la prise alimentaire favorise un rapport addictif à celle-ci, parfois réflexif, avec des comparaisons à l'alcool ou au tabac. Des scènes de négociation avec soi-même, devant un placard ou un réfrigérateur, sont souvent décrites. Manger devient quelque chose contre quoi l'on résiste, mais qui permet aussi de se rassurer et de calmer une anxiété. Ici se situent les pratiques de grignotages, les fringales, qui se dirigent en priorité vers le sucré (Basdevant *et al.*, 1991 ; Le Barzic, 2004).

À côté de ces mécanismes, d'autres éléments liés aux charges de travail pesant sur les femmes ou à leurs vécus des relations sexuelles et amoureuses favorisent un rapport problématique au poids et conséquemment à l'alimentation. Nombre d'enquêtées citent la grossesse, comme une cause majeure de gain pondéral. Il peut aussi s'agir de trahison de la confiance par un compagnon,

comme chez Mme Moucherolle, qui relie sa dépression et l'importante prise de poids qui l'a accompagnée à l'infidélité de son mari. Ou encore de violence sexuelle. Mme Niverolle (45 ans, IMC 45,8 – assistante maternelle, divorcée, célibataire, 2 enfants) attribue ainsi une importante prise de poids, à la sortie de l'adolescence, à un viol et au vécu traumatisant de l'avortement tardif qui l'a suivi :

Et c'est à partir de là que je me suis mise à grossir, déjà pour ne pas... enfin, qu'on me remarque pas, je pense⁷.

Les rôles attendus des femmes et les inégalités afférentes sont susceptibles de créer des contextes de prises alimentaires socialement désencadrées et propice à l'excès. Mme Harle relate ainsi des épisodes de prises alimentaires nocturnes durant des insomnies causées par trois enfants en bas âge, son mari étant totalement désinvesti du « travail d'élevage » (Ferrand, 2004). Mme Milan, payée au SMIC, exerce quant à elle un métier physiquement fatigant et aux horaires décalés dans le libre-service. La désynchronisation alimentaire par rapport à ses proches la conduit à souvent faire des repas « sur le pouce » et à « manger mal ». Comment ne pas relier cette situation professionnelle à l'impossibilité de bâtir une carrière, alors que la profession de son mari a amené le couple à déménager souvent et qu'elle a assumé l'essentiel du travail domestique et de *care* pour sa famille ?

De nombreux facteurs liés à leur genre ont donc favorisé, au cours de la vie des enquêtées, à la fois leur prise de poids et le rapport problématique qu'elles entretiennent avec leur corpulence. Ce rapport problématique est toujours marqué par des épisodes de stigmatisation qui ont violemment manifesté à ces femmes leur dérogation à la norme esthétique de la minceur. Mais le désir de ne plus y déroger est-il pour autant le moteur principal de leur décision de se faire opérer ?

⁷ Le lien entre agression sexuelle, troubles alimentaires et gain pondéral est connu, même si les relations de causalité font débat (Apfeldorfer, 1991 ; Lecercf, 2013).

Des raisons esthétiques devenues secondaires

L'étude des bénéfiques poursuivis ne permet pas de répondre par l'affirmative, au contraire : l'esthétique ne prime jamais. Même si Mme Moucherolle, célibataire depuis 7 ans, s'affirme consciente que « le poids, ça bloque » au niveau des rencontres amoureuses et n'aimerait pas « finir sa vie toute seule », les bénéfiques en termes de santé sont en première place de ses attentes. Lorsqu'on l'interroge sur les effets prioritairement attendus en termes de bien-être et de qualité de vie, elle répond :

- Mme Moucherolle : Au point de vue santé, et physiquement.
- Enquêteur : Physiquement, dans le sens de l'apparence ?
- Mme M. : L'apparence oui, mais surtout santé, pour les douleurs, que je ne sois plus essoufflée, c'est ça le principal quoi.

L'importance des bénéfiques esthétiques est parfois même rejetée, surtout par les femmes en couple stable :

Maintenant ça fait longtemps que je suis mariée, donc ça fait longtemps que j'essaie plus de séduire, hein ! Enfin d'autres hommes que le mien, je veux dire. Mais voilà, je ne suis pas sûre... à 20 ans j'aurais dit oui, c'est le physique... (Mme Milan).

C'est aussi vrai chez celles, célibataires, qui ne recherchent pas de partenaire :

Ça ne me tracasse pas beaucoup ça (nda : la séduction par l'apparence physique). Parce que j'ai pas... (long silence)... (Mme Épervier 56 ans, IMC 63,1 – employée d'administration publique, séparée, 2 enfants).

Enquêteur : Pourquoi ça ne vous tracasse pas ?

Mme Épervier : Bah j'ai pas de compagnon, j'ai personne, et puis je cherche pas, quoi. C'est pas prioritaire. Si ça se fait, ça se fera, si ça doit se faire, mais c'est pas... (silence) [...] Non, c'est pas prioritaire. Ce qui compte le plus c'est mes enfants, mes petits-enfants pour le moment. Et moi. Ma santé. Mais cet aspect-là, non.

Lorsque les bénéfiques esthétiques sont néanmoins mis en avant, c'est toujours en parallèle avec des raisons de santé, et moins directement pour séduire que d'abord pour se plaire à soi. Ainsi, Mme Pievère (48 ans, IMC 38,6 – aide à domicile sans emploi, veuve, célibataire, 2 enfants), qui exprime sa volonté de trouver un compagnon tout en présentant sa corpulence comme responsable

d'une totale incapacité à séduire, estime qu'il s'agit de perdre du poids d'abord « pour se supporter elle-même », se sentir mieux et se resocialiser. C'est en gagnant en assurance, notamment en pouvant s'habiller « normalement », qu'elle sera disposée à séduire, et non en correspondant parfaitement aux canons esthétiques, qu'elle dit savoir hors de portée.

On pourrait nous reprocher de prendre pour argent comptant le discours servi et d'en tirer trop rapidement des conclusions quant au caractère secondaire de l'esthétique⁸. Plusieurs éléments permettent néanmoins de comprendre cette observation. La plupart des enquêtées ne sont plus en recherche active de partenaire – soit qu'elles l'aient trouvé, soit qu'elles disent ne plus le vouloir –, et font face à des pathologies liées au vieillissement et à l'obésité. Ayant souvent un long passif d'obésité, elles ont appris à ne pas « miser sur leur physique ». L'utilisation de l'humour et d'un certain bagout dans les sociabilités ou les pratiques de séduction est parfois soulignée. Plusieurs enquêtées nous ont affirmé avoir fait le deuil du corps « de leurs 20 ans » et de leur capacité à se conformer un jour à un canon esthétique idéalisé. En somme, la place secondaire de l'esthétique tient à la fois à la corpulence obèse des enquêtées et à

⁸ La structure du guide d'entretien amenait en premier lieu les enquêtées à se raconter, permettant ainsi de libérer le discours et de rentrer dans leur intimité en bâtissant peu à peu la confiance, avant d'en venir à la décision de se faire opérer. Elle a été pensée pour minimiser le caractère convenu du discours. Par ailleurs, la démarche d'enquête était explicitement dissociée de toute implication médicale et son caractère anonyme était dûment spécifié, pour permettre de désamorcer l'adéquation convenue du discours à la justification médicale de l'opération, qui ne peut être que d'ordre sanitaire. Nous pouvons aussi affirmer que l'effet de la relation enquêteur-enquêtée sur l'observation de ce rang secondaire de l'esthétique est somme toute faible. En effet, deux stagiaires femmes – âgées d'un peu plus de 20 ans, de corpulence particulièrement menue pour l'une, plus en chair tout en étant « normopondérale » pour l'autre (au sens médical du terme, qu'on nous pardonne cet expédient descriptif) – ont réalisé des entretiens en parallèle de notre enquête en utilisant le même guide. Les discussions de mise en commun ont validé l'observation dont nous rendons compte dans ce papier écrit par un homme de 34 ans et d'IMC 25.

leur âge – celui de la ménopause – qui contribuent à les invisibiliser et à les faire intérioriser leur exclusion dans le domaine de la séduction (Détrez, *op. cit.* ; Delanoë, *op. cit.* ; Löwy, *op. cit.* ; Bajos & Bozon, 2011).

On comprend mieux, dès lors, pourquoi la possibilité d'atteindre une certaine minceur peut n'être présentée que comme une « cerise sur le gâteau ». Mais si l'injonction esthétique n'est pas la plus opérante, comment comprendre, dès lors, la très large surreprésentation féminine parmi les opérés, à laquelle les femmes de plus de 45 ans participent évidemment ?

Norme de maîtrise et injonction au *care*

Il apparaît ici nécessaire de supposer l'existence d'autres pressions normatives que celles liées à l'esthétique, mais tout autant marquées par les différences de genre. Nos analyses permettent d'en distinguer deux principales : une norme de maîtrise conjointe de sa corpulence et de son alimentation, elle-même couplée à une injonction au *care*.

La décision de se faire opérer n'est pas prise à la légère. Elle apparaît coûteuse à de nombreux égards. Ces coûts, sur lesquels les enquêtées s'avèrent en général plutôt bien informées sont liés aux conséquences iatrogènes évoquées plus haut, au niveau de l'alimentation en particulier, ainsi qu'à la peur de l'opération et de l'échec sur le long terme. La conscience de ces coûts conduit de manière générale les enquêtées à ne pas considérer le recours à la chirurgie comme une « solution miracle », mais plutôt comme un investissement :

[...] Sachant que je me fais opérer et que je veux vraiment que ça réussisse pour pouvoir faire quelque chose, il va falloir que je fasse la marche à suivre, que je sois stricte dans ce qu'on m'a dit (Mme Macreuse).

Ce verbatim met aussi en évidence le lien intrinsèque entre rapport au corps et rapport à l'alimentation dans la chirurgie bariatrique. La réussite de l'opération réside moins dans la perte de poids massive, automatique dans les mois qui suivent, que dans le

maintien d'un poids désiré. Seul ce maintien permet d'obtenir les bénéfices visés quels qu'ils soient. Il passe par une maîtrise durable de son alimentation, la poche gastrique étant toujours susceptible de se dilater. Cette maîtrise est vue comme un bien en soi par ces femmes qui ont tenté tous les régimes et se sentent débordées par ce qu'elles mangent⁹. Conscientes des conséquences de la restriction physique, et fortes de leur décision d'assumer les potentielles conséquences négatives de l'opération, les enquêtées s'autorisent à croire, du moins à espérer – car il demeure toujours un doute – qu'elles acquerront une capacité à maîtriser à la fois leur poids et leur alimentation, du fait de la chirurgie et grâce à une discipline facilitée.

Le discours de Mme Élanion manifeste bien la pression normative combinant corpulence et alimentation, recherche de minceur et restriction. Bien que l'injonction esthétique soit mise à distance par les enquêtées, elle a contribué à forger leur rapport à l'alimentation, qui est marqué par une certaine culpabilité :

Des fois je me dégoûte. Je me dis « mais qu'est-ce que... ? ». Enfin, je me dégoûte deux fois. Je me dégoûte parce que je suis pleine, physiquement parlant et je me dis que je suis vraiment malade quoi. [...] Je me sens faible. Je me dis que quand même je pourrais être raisonnable quoi. Que j'ai l'âge de raison pour analyser pourquoi, que je pourrais aussi peut-être me dire stop, quoi. Que j'arrive à me maîtriser.

L'auto-dévalorisation évoquée par Mme Élanion tient au moins autant à la sensation physique concrète d'avoir mangé des quantités excessives qu'au sentiment de n'avoir su se dire « stop », d'avoir échoué à se maîtriser. Cette distinction met en évidence l'injonction normative à la maîtrise. Celle-ci compte plus, pour les

⁹ Ce débordement prend des formes diverses : fringales hors repas, prises alimentaires de réassurances, souvent dirigées vers le sucré, tendances à se servir de grosses quantités ou à se resservir, journées alimentaires sans véritables repas, ponctuées de multiples prises, etc. Les troubles compulsifs boulimiques sont théoriquement des contre-indications à la chirurgie : leur caractère irrépressible conduirait à l'échec, voire à des complications physiques ou psychologiques.

enquêtées, que l'injonction à la minceur. Autrement dit, ce dont elles disent souffrir le plus, c'est d'une incapacité à conduire leur régime alimentaire comme elles le souhaiteraient et à maîtriser leur poids.

Malgré la prise de distance avec la poursuite d'un corps mince idéalisé, une injonction à la maîtrise demeure donc. Cette injonction est marquée par les différences de genre puisque, bien qu'elle tende à se découpler des injonctions esthétiques, elle s'est construite en lien avec ces dernières. Dès lors, on comprend mieux pourquoi, au sein de la population obèse, les femmes, y compris après 45 ans, sont plus enclines que les hommes à voir dans le recours à la chirurgie une solution admissible pour résoudre leurs rapports problématiques à la corpulence et à l'alimentation, en se dotant d'une capacité à maîtriser conjointement ces deux dimensions de leur expérience qui se dérobent depuis longtemps à leur emprise.

L'injonction à la maîtrise constitue une première pression normative marquée par les différences de genre. Mais, dans la mesure où elle tend à être découplée de l'injonction esthétique, elle ne permet pas à elle seule de comprendre la surreprésentation féminine, du moins pour ce qui est de la tranche d'âge qui nous intéresse. La norme de maîtrise n'est pas autonome, elle s'articule à une finalité, qui ne peut en l'espèce être la minceur, secondaire chez les enquêtées. L'injonction esthétique est même parfois mise à distance de manière tout à fait réflexive, voire révoltée, comme chez Mme Quenu (53 ans, IMC 36,5 – secrétaire, mariée, 2 enfants) :

Je ne sais pas ce qui a fait, que, un moment donné, je me suis dit, tu t'assumes, et basta, et les autres, tu les embêtes. [...] Je me privais, même chez moi, à la piscine. [...] S'il y avait des copains de mes enfants, je leur laissais la piscine, et moi je restais dedans (la maison). Et aujourd'hui non. [...] Non, à un moment donné, je me suis peut-être dit, ma pauvre fille, attends, tu es en train de te priver de choses, et j'ai plus envie de me priver. Je ne sais pas. [...] C'est peut-être l'arrivée de mon petit-fils qui m'a fait dire « et ben tiens »...

Avec quelle autre finalité marquée par les assignations de genre peut s'articuler l'injonction de maîtrise après 45 ans ? L'analyse des bénéfiques poursuivis suggère que l'injonction au *care* puisse prendre le relais de l'injonction à la minceur. C'est, nous

semble-t-il, ce qu'indique le discours de Mme Quenu lorsqu'elle évoque sa néo-grand-parentalité comme déclencheur d'un changement de perspective dans son rapport au corps.

Mais pour trouver cette injonction au *care*, il faut faire un détour par d'autres finalités : la santé, l'autonomie, la mobilité, qui occupent les premières places dans les discours des enquêtées. Les personnes obèses sont confrontées plus précocement que la population normopondérale à des problèmes de santé associés au vieillissement physiologique (Ritz & Dargent, 2009 ; Basdevant, *op.cit.*). Du fait des invalidités, de la stigmatisation de l'obésité et du repli sur soi qui peut en découler (Cahnman, 1968 ; Poulain, 2001a, 2009 ; Puhl & Heuer, 2009), elles sont également susceptibles d'entrer de manière précoce dans un processus de déprise désocialisante liée à l'âge (Barthe, Clément & Drulhe, 1988 ; Clément & Membrado, 2010 ; Caradec, 2012 ; Hummel, Mallon & Caradec, 2014). La chirurgie bariatrique peut constituer, du point de vue des enquêtées, une manière de retrouver prise sur ce qui apparaît comme un processus de vieillissement précoce, dans ses dimensions imbriquées tant physiologiques que sociales. Mme Élanion souligne ainsi l'apparition récente de difficultés nouvelles dans ses mouvements :

Là c'est parce que j'ai du mal à me porter que j'ai fait cette démarche.

Dans d'autres cas, le handicap de mobilité est encore plus installé. C'est le cas de Mme Choucas (55 ans, IMC 39,3 – aide à domicile en invalidité, mariée, 1 enfant), qui a beaucoup de mal à se déplacer du fait d'une forte arthrose aux genoux et s'est résolue à l'opération pour maigrir, condition préalable à l'intervention orthopédique.

La décision peut aussi se comprendre par rapport à une anticipation des évolutions de sa santé :

Il commence à y avoir des pathologies liées quand même à cette prise de poids. J'ai 53 ans, donc c'est pas en vieillissant que la santé va s'améliorer, au contraire (Mme Lagdi, 53 ans, IMC 47,6 – assistante maternelle en invalidité, célibataire, 2 enfants).

Pour certaines femmes, qui n'ont pas encore connu la ménopause, cette dernière est envisagée comme une étape à laquelle

il faut se préparer, soit parce qu'elle les rendrait plus vulnérables, notamment au niveau cardiovasculaire, soit parce qu'elle conduirait à une prise de poids et/ou compliquerait encore les efforts nécessaires pour en perdre.

Parmi les bénéfices attendus de la chirurgie, les enquêtées priorisent donc l'autonomie, la santé et la prévention du vieillissement, et cette priorité est explicitement reliée par plusieurs d'entre elles à des mises en échecs vécues ou anticipées dans des rôles de *care* :

Au mois de septembre je l'avais, il s'est mis à courir sur une foire agricole, je ne pouvais pas courir après, moi. Là ça m'a frustrée, je ne pouvais pas courir après mon petit-fils, ça m'embêtait, ça voulait dire aussi que si on était dans la rue, et qu'il me lâche la main, je ne peux pas lui courir après pour le mettre en sécurité (Mme Harle).

Or, on sait que l'injonction à la performance dans ces rôles s'applique bien plus fortement aux femmes qu'aux hommes (Molinier, 2013). Le désir de tenir efficacement des rôles de *care* est par exemple explicitée par Mme Quenu dans une projection après l'opération et l'amaigrissement :

Il y a des choses avec mon petit-fils que je vais pouvoir faire, j'en sais rien, je sais pas, c'est peut-être une fausse idée que j'ai. Je sais pas, si j'ai envie de monter dans un manège avec lui, pourquoi pas (Mme Quenu).

À côté de ces rôles de surveillance et de complicité, on peut légitimement supposer que d'autres rôles liés au *care*, comme la capacité physique à effectuer des tâches ménagères, entre en jeu dans la décision de se faire opérer. Les entretiens pré-opératoires analysés ici ne permettent pas d'en apporter la preuve, mais des entretiens post-opératoires réalisés depuis montrent que certaines femmes relatent avec satisfaction les facilités nouvelles dans ces domaines (vaisselle, aspirateur).

Conclusion

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. Ce couplage s'affermite à partir de l'âge de la ménopause, qui favorise la projection dans le vieillissement 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).

Les femmes enquêtées sont lassées de leur longue expérience d'une corpulence récalcitrante et d'une difficulté à contrôler leur alimentation. 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, alors que leur expérience décourageante de la restriction alimentaire les y conduit :

Si j'avais entamé un régime, je partirai de « plus 40 ». Après l'opération, je vais partir de « 0 ». Donc c'est plus facile mentalement de limiter la prise de poids, que d'entamer la perte (Mme Élanion).

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. Mais alors, comment imaginent-elles pouvoir mettre en pratique cette discipline, alors qu'elles ont toujours échoué jusqu'ici ? C'est que 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. Le *by-pass* ou la *sleeve* sont conçus comme des auxiliaires à la gestion de la satiété et des prises alimentaires, une gestion jusqu'ici toujours mise en échec :

Et puis je sais que bon, voilà, j'aurai pas faim, peut-être même un peu mal. Donc, ça va m'aider au début, mais je sais qu'après il va falloir que je m'aide moi aussi... (Mme Pievère).

Par l'injonction plus forte à respecter cette norme de maîtrise, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de voir dans la chirurgie une solution. On sait par ailleurs qu'elles sont, de manière générale, plus promptes que ces derniers à se préoccuper de leur

santé à travers l'alimentation (Poulain, 2001b). Or aux âges de nos enquêtes, les conséquences sanitaires de l'obésité ne sont souvent plus virtuelles, mais relèvent, au contraire, de l'expérience vécue. Cette réalité favorise la prise de relais de l'injonction au *care* dans le couplage avec la norme de maîtrise.

Pour mieux comprendre la surreprésentation des femmes parmi les opérés, plusieurs pistes s'ouvrent. La première conduit à explorer le couplage entre norme et injonction esthétique chez les femmes plus jeunes. La seconde, à approfondir la comparaison avec les hommes. Il conviendrait aussi d'interroger le contexte plus large, d'une part à travers la manière dont s'élabore la prescription de la chirurgie dans un monde médical largement dominé par les hommes, d'autre part en étudiant le rôle des médias et des relations interpersonnelles, en particulier interféminines, dans la banalisation de la chirurgie. Cette sociologie permettrait de renseigner l'intersectionnalité entre genre et milieu social, l'obésité étant beaucoup plus fréquente dans les catégories populaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANSES, 2010. *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*. Maisons-Alfort, ANSES.
- APFELDORFER G., 1991. *Je mange, donc je suis*. Paris, Payot.
- APFELDORFER G., ZERMATI J.-P., 2001. « La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique », *La Presse Médicale*, 32 : 1575-1580.
- BAJOS N., BOZON M., 2011. « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Vieillir*, <http://gss.revues.org/21656>.
- BARTHE J.-F., CLÉMENT S. & DRULHE M., 1988. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Revue internationale d'action communautaire*, 23/63 : 35-46.

- BASDEVANT A.** (dir.), 2011. *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris, Lavoisier.
- BASDEVANT A., LE BARZIC M. & GUY-GRAND B.**, 1991. *Comportement alimentaire: du normal au pathologique*. Paris, PIL.
- BEARDSWORTH A., BRYNAN A., KEIL T., GOODE J., HASLAM C. & LANCASHIRE E.**, 2002. « Women, Men and Food: the Significance of Gender for Nutritional Attitudes and Choices », *British Food Journal*, 104(7) : 470-491.
- BELLISLE F., DALIX A.-M.**, 2006. « Modifier le comportement alimentaire : mission impossible ? », *Cahiers de nutrition et de diététique*, 41(3) : 159-165.
- BOZON M.**, 2006. « Apparence physique et choix du conjoint », in BOZON M. *et al.* (dir.), *La formation du couple*. Paris, La Découverte : 99-122.
- CAHNMAN W. J.**, 1968. « The Stigma of Obesity », *Sociological Quarterly*, 9(3) : 283-299.
- CNAM**, 2013. *Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence*. Paris, CNAM.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/21022013_D_P_ChirurgieBariatrique.pdf
- CARADEC V.**, 2012. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, Armand Colin.
- CLÉMENT S., MEMBRADO M.**, 2010. « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », in CARBONNELLE S. (dir.), *Penser les vieillesse*. Paris, Séli Arslan : 109-128.
- DARGENT J.** (dir.), 2008. *Chirurgie de l'obésité*. Paris, Springer.
- DARMON M., DÉTREZ C.**, 2004. *Corps et société*. Paris, Documentation Française.
- DELANOË D.**, 2006. *Sexe, croyances et ménopause*. Paris, Hachette.
- DÉTREZ C.**, 2002. *La construction sociale du corps*. Paris, Seuil.
- DÉTREZ C., SIMON A.**, 2006. *À leur corps défendant*. Paris, Seuil.
- ESCHWEGE E., CHARLES M.-A. & BASDEVANT A.** (dir.), 2010. *ObÉpi-Roche 2009 : évolution de l'obésité et du surpoids en France*. Paris, INSERM.

- ESCHWEGE E., CHARLES M.-A. & BASDEVANT A. (dir.), 2013. *ObÉpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids*. Paris, INSERM.
- FERRAND M., 2004. *Féminin, masculin*. Paris, La Découverte.
- GESTIN A., 2003. « Temps, espaces et corps à la retraite : des paradoxes à penser », *L'Homme et la société*, 147(1) : 169-190.
- HAS, 2009. *Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HUBERT A. (dir.), 2004. *Corps de femmes sous influence*. Paris, OCHA.
- HUBERT A., DE LABARRE M., 2005. « La dictature de la minceur », *Cahiers de nutrition et de diététique*, 40(6) : 300-306.
- HUMMEL C., MALLON I. & CARADEC V. (dir.), 2014. *Vieillesse et vieillissements*. Rennes, PUR.
- JOANISSE L., 2003. *Reducing and Revisioning The Body: Women's Experiences of Weight Loss Surgery*. Hamilton, McMaster University.
- LE BARZIC M., 2004. « Les déterminants psychologiques de l'obésité », in BASDEVANT A. & GUY-GRAND B. (dir.), *Médecine de l'obésité*. Paris, Flammarion : 59-67.
- LECERF J.-M., 2013. *À chacun son vrai poids : la santé avant tout*. Paris, Odile Jacob.
- LHUISSIER A., 2006. « Pauvreté, monoparentalité et alimentation : une étude de cas dans le Nord de la France », *Cahiers de nutrition et de diététique*, 41(2) : 104-110.
- LÖWY I., 2006. *L'emprise du genre*. Paris, La Dispute.
- MOLINIER P., 2013. *Le travail du care*. Paris, La Dispute.
- POULAIN J.-P., 2001a. « Mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation ? Les dimensions sociales de l'obésité », *Cahiers de nutrition et de diététique*, 36(6) : 391-404.
- POULAIN J.-P., 2001b. *Manger aujourd'hui*. Toulouse, Privat.
- POULAIN J.-P., 2009. *Sociologie de l'obésité*. Paris, PUF.
- PUHL R. M., HEUER C. A., 2009, « The Stigma of Obesity: A Review and Update », *Obesity*, 17(5) : 941-964.

PUHL R. M., HEUER C. A., 2010. « Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health », *American Journal of Public Health*, 100(6) : 1019-1028.

RITZ P., DARGENT J., 2009. *Abord clinique du patient obèse*. Paris, Springer.

SAINT POL (de) T., 2008. « Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 20 : 175-179.

SAINT POL (de) T., 2010. *Le corps désirable*. Paris, PUF.

SINGLY (de) F., 1987. *Fortune et infortune de la femme mariée*. Paris, PUF.

VIGARELLO G., 2010. *Les métamorphoses du gras*. Paris, Seuil.

Résumé

La chirurgie de l'obésité connaît un développement rapide depuis quelques années en France. 83% des personnes opérées sont des femmes. Cet article rend compte d'une étude qualitative conduite auprès de femmes de plus de 45 ans, juste avant l'intervention. Pour comprendre le recours différencié à la chirurgie selon le sexe, nous avons analysé les bénéfices attendus en les reliant aux rôles féminins. Les pressions normatives sur le corps et l'alimentation ont également été appréhendées à travers les biographies des enquêtées. Au final, nous mettons en évidence l'importance, dans la décision, d'une norme de maîtrise conjointe de sa corpulence et de son alimentation. Cette norme est couplée à une injonction au *care* qui prend le relais de l'injonction esthétique, devenue secondaire chez les enquêtées.

Mots-clefs : chirurgie de l'obésité, norme de maîtrise, alimentation, corpulence, femmes.

Summary

« I Don't Wish to Wear XS ». Resorting to Weight Loss Surgery after Age 45.

Weight loss surgery has been growing rapidly in France in recent years. 83% of the persons who had an operation are women. This paper accounts

for a qualitative study on women aged over 45, based on interviews conducted the day before the operation. To understand the differentiated recourse to surgery according to sex, the expected benefits are analyzed, relying these ones to the feminine roles. We also paid attention to the normative pressures over food and the body through the respondents' biographies. The paper highlights the importance, in deciding the surgery, of a norm of joint control over food and corpulence. This norm is coupled to an injunction to care roles that takes over the aesthetic injunction, which has become secondary to the respondents.

Key-words: weight loss surgery, obesity, norm of control, food, corpulence, women.

* * *