



# Penser le genre et la chirurgie bariatrique

Bérénice Lambert

► **To cite this version:**

Bérénice Lambert. Penser le genre et la chirurgie bariatrique. Transversales, Université de Bourgogne, 2018, Genre et santé, [http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/Transversales/Genre\\_et\\_sante/B\\_Lambert.html](http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/Transversales/Genre_et_sante/B_Lambert.html). hal-02060138

**HAL Id: hal-02060138**

**<https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-02060138>**

Submitted on 18 Mar 2020

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

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

# Penser le genre et la chirurgie bariatrique

Bérénice Lambert

## RÉSUMÉ

Le corps sain et mince prend la forme de la norme corporelle dominante dans nos sociétés occidentales. Un corps en bonne santé est un corps svelte, un corps ayant une alimentation équilibrée et un apport énergétique en balance avec l'apport nutritionnel. La publicité, les magazines, l'environnement visuel urbain nous renvoient à cette notion de norme dominante : la minceur.

Pourtant d'après l'enquête OBépi réalisée en 2012, 15 % de la population française est en situation d'obésité. Le poids devient alors une déviance venant s'ajouter aux maux d'une population socio-économiquement défavorisée. En effet, l'obésité est la maladie du pauvre (comme le fut la maigreur à une époque), la maladie de la malbouffe, des mauvais comportements.

Hommes et femmes ne sont pas non plus égaux face à l'obésité, elle touche plus volontiers les femmes que les hommes, particulièrement celles appartenant à un milieu social populaire. Schématiquement, plus une femme possède de diplômes ainsi qu'un poste à responsabilité, moins elle a de risque d'être en surpoids et en obésité. À l'inverse, plus un homme détient un poste à responsabilité et plus les risques d'obésité augmentent (« prestige historique de l'embonpoint des hommes d'affaire » selon Olivier Lepiller, 2015). D'où viennent alors ces différences ?

Nous réfléchissons à ces questions, à travers le prisme de la chirurgie de l'obésité bariatrique (en grec *baros* signifie poids et *iatros* : médecin). Pour quelles raisons se fait-on opérer de son poids ? Quelles motivations sont mises en avant selon que l'on soit un homme ou une femme ? Sont-elles différentes ? Nous émettons l'hypothèse que la motivation à se faire opérer d'une obésité va plus loin que l'injonction médicale et que celle-ci est différente en termes de genre.

Cette intervention s'appuiera sur l'analyse des entretiens semi-directifs conduits auprès de patients en situation d'obésité et réalisés par l'Observatoire Régional de la Santé, dans le cadre d'un état des lieux de la filière de prise en charge de l'obésité chez les personnes adultes de BFC en 2017. Notre travail de terrain nous a permis de dégager quelques éléments concernant le genre, il ne s'inscrit pas dans un travail de doctorat mais dans le cadre d'une commande de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté.

## SOMMAIRE

- I. Introduction
- II. Le genre de l'obésité
- III. Chirurgie de l'obésité et motivations liées au genre
- IV. Et les hommes ?

## V. Conclusion

---

### TEXTE

#### I. Introduction

Cet article s'appuie sur un état des lieux réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé Bourgogne-Franche-Comté. L'ORS est une association à but non lucratif qui a pour mission d'observer et d'analyser la santé des habitants de la région. Pour ce faire nous réalisons, sur commande de différents partenaires, des enquêtes, des états des lieux, des diagnostics, des évaluations des politiques publiques ou d'actions dans le but, notamment, d'éclairer les décisions et les besoins des différents acteurs dans le domaine sanitaire et social.

Le but de l'étude dans laquelle s'inscrit ma participation à ce séminaire consistait à réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté. Comprendre comment s'organise cette filière sur le territoire, quels sont les professionnels mobilisés dans ces parcours de prise en soins, comment ils se coordonnent mais également recueillir les expériences et vécus des patients. Une enquête par questionnaire auprès de professionnels a été menée ainsi que la réalisation d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs auprès de patients.

Nous avons tenté, grâce à notre travail de terrain réalisé au cours de l'enquête, de dégager, après publication du rapport, des éléments liés au genre et à l'obésité afin de correspondre aux attentes de ce séminaire.

#### II. Le genre de l'obésité

Selon l'enquête Obépi<sup>[1]</sup>, l'obésité touchait en 2012 près de 15 % de la population française. C'est une maladie chronique d'origine multifactorielle résultant d'interactions entre des facteurs soit environnementaux ou bien comportementaux, sociaux, génétiques et biologiques. L'obésité découle généralement de situations psychologiques, économiques et sociales compliquées. Elle touche, en effet, davantage les classes populaires, « effectivement les individus occupant les places sociales les plus précaires ont toutes les chances d'avoir un corps dénigré et stigmatisé par la grande majorité des membres de l'espace social<sup>[2]</sup> ».

De même, l'accès à une nourriture dite « saine » et les choix alimentaires contribuent également à creuser l'écart entre classes aisées et populaires. Une enquête par entretiens qualitatifs, menée par les sociologues Faustine Régnier et Ana Masullo, concernant l'intégration des normes d'alimentation et l'appartenance sociale, montre d'une part que les populations dites les plus précaires se sentent moins concernées et impliquées par les messages de prévention primaire du « Bien manger » véhiculés notamment par le programme national nutrition santé (PNNS) et deuxièmement que les limitations financières constituent un frein à l'application des normes alimentaires : « Les fruits et les légumes sont sous-consommés par les membres des classes populaires du fait de la cherté de ces produits »<sup>[3]</sup>. À l'inverse selon elles, des consommateurs les plus aisés pour lesquels la contrainte budgétaire à l'achat de fruits et légumes est une manière d'indiquer qu'ils ont les moyens de se procurer ces aliments et de mesurer l'impact des efforts auxquels ils consentent.

Pour en venir à la question du genre, hommes et femmes ne sont pas obèses de la même manière. Physiologiquement déjà, les zones corporelles de prise de poids ne sont pas les mêmes selon que l'on soit un homme ou une femme. L'obésité dite androïde (chez les hommes) est principalement localisée sur la zone abdominale, l'obésité gynoïde (chez les femmes) est, elle, essentiellement localisée sur les cuisses, les hanches et les fesses.

Par ailleurs, les femmes des classes économiques défavorisées sont particulièrement concernées par le surpoids et l'obésité. Celles qui sont le moins bien payées et qui vivent dans les milieux les plus précaires sont les plus corpulentes à l'inverse des hommes pour lesquels la corpulence va plus souvent de pair avec un statut ou un revenu élevé<sup>[4]</sup>.

Ce sont les premières différences donc. Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à avoir recours à la pratique de régime alimentaire dans le but de réduire leur poids<sup>[5]</sup>. Elles ont aussi plus souvent que les hommes, à proportion égale, recours à une intervention chirurgicale liée à l'obésité. Comment peut-on expliquer cette différence ?

Nous présentons ici quelques rapides éléments sur la chirurgie bariatrique (ou chirurgie de l'obésité). Ces interventions lourdes correspondent à différentes techniques et sont soumises à des critères précis. Elles s'adressent à des personnes en obésité sévère ou morbide dont l'Indice de Masse Corporelle dépasse 40 (ou 35 en présence de comorbidités associées)<sup>[6]</sup>. Les techniques chirurgicales employées sont des techniques de restrictions, *sleeve* et *by-pass* sont les plus couramment utilisées. La *sleeve* consiste à inciser une partie de l'estomac dans le but de limiter l'importance du bol alimentaire. Le *by-pass*, plus complexe, est irréversible et consiste à sectionner une grande partie de l'estomac ainsi qu'à bouleverser le parcours du circuit alimentaire. Les aliments sont dérivés plus rapidement vers les intestins et passent peu de temps dans l'estomac.

Le nombre de personnes opérées augmente rapidement en France : 15 000 en 2006, 30 000 en 2011 et autour de 44 000 en 2013<sup>[7]</sup>.

Ces opérations ne sont pas anodines et demandent un investissement constant de la part des professionnels et des patients. Une longue préparation d'au moins six mois, accompagnée d'une prise en charge nutritionnelle, psychologique et médicale importante est nécessaire.

Grâce aux entretiens réalisés au cours de l'état des lieux nous avons travaillé à mettre en lumière les motivations mises en avant par les acteurs, selon leur genre, à subir une intervention chirurgicale liée à l'obésité. Nous émettons l'hypothèse que la seule raison médicale est importante et fait partie du processus décisionnel mais qu'elle n'est pas le seul facteur de décision et que ces facteurs de décision sont différents selon le genre des patients.

### **III. Chirurgie de l'obésité et motivations liées au genre**

« Je voulais être standard, être comme tout le monde, tout ce que je voulais c'était maigrir ! ».

Les premières motivations mises en avant par les femmes rencontrées lors des entretiens, particulièrement les jeunes femmes en âge de procréer, sont d'ordre esthétique et normatif. Il semble que les femmes sont davantage assujetties que leurs collègues masculins aux normes dominantes de l'apparence, en l'occurrence du « corps mince »<sup>[8]</sup>.

De manière globale, le corps des femmes est soumis à des contraintes, que l'on peut citer : l'utilisation des talons, de la cosmétique, des corsets ou des « femmes plateaux » en Afrique etc. Le corps des femmes appartient au social tantôt assimilé à des questions de reproduction (allaitement, grossesse), tantôt à des questions de séduction (lingerie, apparition de rides, etc.).

Ce contrôle et ces normes corporelles ont varié au cours des époques. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les corps bien nourris des femmes sont exposés et étaient synonymes de prospérité et même le signe d'une sexualité débridée. C'est à partir des années trente et l'arrivée des congés payés et du tourisme que le corps commence à se dévoiler. Les contrôles de l'alimentation et de l'activité physique vont alors devenir des signes de qualité, de bonne santé du corps. L'exhibition induit des normes esthétiques à suivre et à tenir. Le corps « gros » est un corps non contrôlé, sans volonté, se laissant déborder par ses émotions.

La minceur devient un signe de distinction et de succès : surveiller son poids, son corps et son alimentation est une pratique normalisée en particulier chez les femmes. Toutes les femmes interrogées lors des entretiens avaient suivi des régimes alimentaires dans le but de réduire leur poids et ce souvent dès la puberté.

« J'ai commencé à faire des régimes à l'âge de 14 ans, je me trouvais grosse alors que ce n'était pas du tout le cas, j'étais même plutôt mince ».

Une carrière diététique se met en place, s'en suit une succession de régimes parfois grâce à l'aide de professionnels de la nutrition, parfois grâce à de l'automédication avec l'utilisation de diurétiques, laxatifs.

« J'ai commencé vers 15 ans, ma mère me trouvait grosse. J'ai commencé à prendre des laxatifs, ça marchait bien, c'était rapide ».

Par ailleurs, les normes esthétiques viennent se confondre avec les recommandations médicales et biologiques. Les messages et programmes de prévention primaire, les discours de santé publique et plus généralement les normes définies par l'OMS (grâce à l'utilisation de l'IMC – Indicateur de masse corporelle) semblent accentuer l'idée de contrôle de son corps, de son alimentation, de ses constantes (fréquence cardiaque, nombre de pas par jour, glycémie etc.) dans le but de ralentir l'apparition de pathologies dites « évitables », chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète ou l'hypertension.

L'injonction à mener une vie saine, à préparer son futur vieillissement dans le but de vivre le plus longtemps sans incapacités peut amener à une moralisation du mode de vie et des pratiques. La motivation à se faire opérer, liée à l'esthétisme, semble devenir secondaire avec l'avancée en âge. Une nouvelle priorisation apparaît dans les propos des enquêtées : celle du « bien vieillir » et de pouvoir par-là investir un nouveau rôle : celui de grand-mère, de « mamie ». Pouvoir s'occuper de ses petits-enfants, être en mesure de maintenir le lien familial et de « tenir les rôles de pilier des relations familiales principalement dévolue aux femmes<sup>[9]</sup> ».

« Mes enfants et mon mari étaient un peu réticents par rapport à l'opération mais je me suis dit que c'était pour moi et que j'allais avoir des petits-enfants et que j'allais pas pouvoir courir avec eux ».

« Sans l'opération j'aurais pas été capable d'aller chercher mes petits-enfants à l'école par exemple et ça je l'aurais mal vécu ».

Dans sa thèse « la fabrique de la ménopause », Cécile Charlap explicite la notion de « ménopause sociale »<sup>[10]</sup>, qui au-delà des fonctions reproductrices s'atténuant à la fin de la quarantaine, peut apparaître comme une mort sociale.

Le désir de mincir intervient alors moins comme un moyen de séduction et de se conforter à une norme dominante de reproduction que comme le moyen de garder la forme et de s'éloigner le plus possible de la dégradation physiologique liée au vieillissement. On observe cette injonction à un vieillissement actif dans certains messages, affiches de prévention liée au vieillissement. La recherche en gérontologie, notamment, associe le « bien vieillir » à des expressions telles que « vieillissement réussi », « actif », « productif ». Si le bien-être est mis en avant par la prévention, elle peut s'avérer culpabilisatrice.

Certaines enquêtées (si ce n'est toutes) ont également manifesté le désir de se faire opérer afin d'échapper à la violence sociale que peut impliquer l'obésité. Elles mettent en avant des répercussions sur leur environnement proche, des répercussions familiales, amicales, professionnelles et médicales.

« Quand j'ai fait ma sleeve je l'ai faite par rapport à moi parce que ma santé en dépendait mais je l'ai aussi faite par rapport à mes enfants et mon mari parce que le regard des autres était très mauvais surtout vis-à-vis des enfants. Je voulais pas que quand ma fille arrive au collège, elle ait honte de moi et que les gens disent « regarde ta maman elle est grosse », je voulais pas de ça, voilà pourquoi j'ai entrepris les opérations. »

« Les représentations péjoratives se dévoilent dans des actes de stigmatisations (d'après les théories d'Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, 1963, trad., éditions de Minuit, 1975) par des moqueries, des remarques négatives, des insultes ou par des gestes d'évitement, de peur ou des regards critiques<sup>[11]</sup> ». La question du poids et des stigmatisations vécues à l'intérieur de la relation avec les professionnels de santé a été également largement abordée par nos enquêtées, en particulier dans la prise en charge liée au désir d'enfant. Il est, par exemple, quasiment impossible d'avoir recours à un processus de procréation médicalement assistée si l'IMC de la patiente dépasse 30.

Une femme me rapporte les propos de son gynécologue au cours d'une consultation de routine : « Madame ça va pas être possible l'écho là, avec tout ce gras je ne peux rien voir ! Si vous voulez un enfant, il va falloir perdre, sinon ça va pas aller ! »

Pour conclure cette partie nous citerons Jean Anthelme Brillat Savarin : « avoir une juste proportion d'embonpoint, ni trop ni peu est, pour les femmes, l'étude de toute leur vie ».

#### **IV. Et les hommes dans tout ça ?**

Nous avons rencontré très peu d'hommes au regard du nombre de femmes au cours de ces entretiens, quatre seulement sur vingt. Il serait alors bon de creuser davantage cette question auprès des hommes.

Toutefois, nos analyses montrent que l'esthétisme semble beaucoup moins prioritaire dans la décision de se faire opérer et donc de maigrir. Le rapport à l'alimentation ainsi qu'à la corpulence semblent moins connotés négativement. « Les hommes manifestent une certaine complaisance pour leur propre masse grasseuse quand celle-ci semble confirmer la puissance virile de leur

corps<sup>[12]</sup> », un rapport à la virilité et au corps qui leur permet une relation moins obsessionnelle à la nourriture et donc à la minceur.

L'embonpoint masculin est davantage valorisé, représentant l'hédonisme et peut véhiculer l'image d'un personnage bon vivant. L'alimentation peut être un atout, un objet de négociation dans un contexte de rapport de force, au cours d'un repas professionnel par exemple ou bien d'un repas lors d'un rendez-vous galant.

« Obèse ? Mais moi je ne me sentais pas obèse, je ne me suis jamais senti obèse. »

Le surpoids masculin n'a pas les mêmes répercussions sociales, notamment dans le domaine professionnel à la différence des femmes, selon le sociologue Thibaut de Saint Pol :

« L'obésité masculine n'entraîne aucune pénalité sociale notable chez les hommes : la probabilité d'être dans les plus hauts salaires augmente légèrement avec le surpoids<sup>[13]</sup> ».

Toutefois, si celles-ci sont davantage préoccupées que les hommes à perdre du poids, cette préoccupation est également partagée par une quantité non négligeable d'hommes<sup>[14]</sup>.

Les caractéristiques de beauté masculine semblent moins se rapporter à la notion de minceur qu'à la notion de force et de muscles. Le corps désirable masculin n'est pas toujours un corps mince.

Nous émettons l'hypothèse que les stratégies mises en place pour perdre du poids ne sont pas les mêmes selon le genre. Le sport semble davantage investi par les hommes au contraire de la pratique d'une alimentation spécifique (régime) pour les femmes, qui reste symbole de plaisir et de partage pour les hommes.

« Je fais beaucoup de sport mais vraiment j'essaie de ne pas me priver sur la nourriture et de profiter le week-end avec les amis ».

Au regard de nos entretiens, les hommes mettent en avant leur santé comme première raison venant justifier l'opération bariatrique. La question des limitations physiques en rapport avec l'activité professionnelle ou la pratique de loisirs sportifs a également été abordée, notamment dans le cadre de professions nécessitant une légitimité autoritaire, charismatique, telle qu'agent dans une structure pénitentiaire par exemple.

« Je ne pouvais plus continuer comme ça, j'ai des hommes sous mes ordres. Je passais pour le gros gentillet auprès des détenus ».

Cependant, le peu d'hommes rencontrés au cours de cette enquête ne nous permet pas d'aller plus loin dans nos analyses.

## **V. Conclusion**

Pour terminer, quelques questionnements liés à la chirurgie réparatrice. Elle est la dernière étape qui vient clore ce parcours de prise en charge. La chirurgie réparatrice est nécessaire lorsque la gêne de l'excès de peau liée à une perte de poids rapide, devient importante pour les patients.

Il existe, dans ce cadre, des critères fixés par la sécurité sociale donnant lieu à des remboursements des interventions. Certaines parties du corps, telle que la poitrine sont, en effet, prises en charge selon des conditions bien précises. L'opération est remboursée dans le cadre



exclusif d'une réduction mammaire dès lors qu'il est possible d'extraire 300 grammes de chaque côté. Nous livrons ce témoignage d'une enquête :

« Moi j'ai pas de prothèse, on me les a juste remontés parce que c'était effectivement pas beau et que ça me faisait mal au dos, je pouvais pas faire de jogging ! Pour moi c'est pas de la chirurgie esthétique c'est vraiment de la réparation. Là c'est abimé par l'obésité, c'est pas du luxe. La poitrine maintenant ils remboursent à deux conditions c'est soit une diminution mammaire mais c'est 300 grammes à enlever par sein ou alors à l'occasion d'un cancer du sein mais pour la chirurgie bariatrique c'est plus pris en charge ».

D'autres interrogations découlent de notre enquête et se porteront sur les différences en termes de prise en charge et remboursement de la chirurgie réparatrice selon le genre du patient : comment hommes et femmes appréhendent cette chirurgie réparatrice possédant de minces frontières avec la chirurgie esthétique ? Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le sujet sont maigres, quels critères pour juger de l'esthétisme ou du confort ? Ces critères sont-ils différents selon le genre des patients ?

## NOTES

[1] Inserm, Kantar Health, Roche, Obépi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012

[2] Juliette Froger-Lefebvre, « Le Poids des corps », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2015, n° 208, Lectures [En ligne], Les comptes rendus.

[3] Faustine Régnier, Ana Masullo, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, 2009/4, vol. 50, p. 747-773.

[4] Thibaut de Saint Pol, « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », Insee Première, 2007.

[5] *Id.*, « Poids et régimes alimentaires en Europe », *Revue d'étude en agriculture et en environnement*, 91 (2), p. 129-152.

[6] Haute Autorité de Santé, *Synthèse des recommandations de bonne pratique : Obésité : Prise en charge chirurgicale chez l'adulte*, 2009.

[7] « Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 06-03-2018, n° 5-6, p. 84-91.

[8] David Le Breton, « D'une tyrannie de l'apparence : corps de femmes sous contrôle », dans *Éthique de la mode féminine*, Paris, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2010, p. 3-26.

[9] Olivier Lepiller, « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36. Recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans », *Journal des anthropologues*, 2015/1, n° 140-141, p. 235-255.

[10] Cécile Charlap, *La fabrique de la ménopause : Genre, apprentissage et trajectoires*. Sociologie, Université de Strasbourg, 2015, en ligne sur HAL, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01316559/document>[11] ; Solenn Carof, « Les représentations sociales du corps " gros " », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 avril 2017 ;

[12] Tristan Fournier, Julie Jarty, Nathalie Lapeyre et al., « L'alimentation, arme du genre », *Journal des anthropologues*, 2015/1, n° 140-141, p. 19-49.

[13] Thibaut de Saint Pol, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, Presses universitaires de France, coll. « le lien social », 2010.



[14] Christel Aliaga, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Conditions de vie des ménages*, Insee, octobre 2002, n° 869.

---