



L'obésité : une maladie ? Le poids des mots et des concepts

Jean-Daniel Lalau¹, Sylvie Benkemoun²

Disponible sur internet le :
12 novembre 2024

1. Université de Picardie Jules-Verne, CAREF (centre amiénois de recherche en éducation et formation), UR 4697, CHU d'Amiens, service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition et COPEPPI (Coordination pour la prévention et l'éducation du patient en Picardie), Amiens, France
2. Association GROS (groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids), Paris, France

Correspondance :

Jean-Daniel Lalau, CHU d'Amiens, hôpital Sud, service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, 1, rond point du-Pr Cabrol, 80054 Amiens cedex, France.
lalau.jean-daniel@chu-amiens.fr

Mots clés

Obésité
Maladie
Norme
Normativité
Qualité de vie

■ Résumé

L'OMS a reconnu l'obésité comme une maladie ; nombre de personnes en situation d'obésité demandent elles-mêmes à ce que leur obésité soit reconnue comme telle. Nous voudrions pour notre part soulever le double questionnement suivant : l'obésité est-elle toujours une maladie ? Et qui en déciderait ? Pour tenter de répondre, nous prendrons appui sur les mots relatifs à la maladie, sur leur étymologie, et aussi sur la philosophie des normes présentée par Georges Canguilhem. Son enseignement, en effet, s'avère décisif : c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer, car il n'existe pas de norme de vie supra-individuelle. Il n'incombe pas moins au médecin et à la société de se prononcer, à la croisée des regards sur la maladie. Où il apparaîtra que l'obésité n'est pas toujours une maladie. Il n'est pas souhaitable même qu'il en soit toujours ainsi.

■ Summary

Obesity: A disease? The weight of words and concepts

Obesity is categorized by the World Health Organization (WHO) as a disease; many people with obesity recognize themselves as carrying a disease. We might however ask the question whether people with obesity are always sick and who may decide about this. To answer this question, we will orient ourselves on words relative to the disease, on their etymology, and on the philosophy of norms defended by Georges Canguilhem. Indeed, his conceptualization is decisive: it is always to the individual we need to refer; there is no supra-individual norm. It is however the responsibility of the medical community and of the society to cross their viewpoints. Where it will finally appear that obesity is not always a disease, and that it is not desirable that obesity is always considered as such.

Keywords

Obesity
Disease
Norm
Normativity
Quality of life

« Patient. C'est mon statut et l'ordre auquel je dois obéir.
C'est un nom, un adjectif et un verbe à l'impératif.
Ce qui me caractérise, c'est d'obéir à cet ordre qui m'est sans
cesse rappelé. »

Claire Marin, *Hors de moi*

« Dans le brouhaha des évidences, il n'y a pas plus radical que
la nuance. »

Jean Birnbaum, *Le courage de la nuance*

Problématisons

L'OMS a classé l'obésité comme une maladie chronique en 1997 ; nombre de personnes en situation d'obésité se reconnaissent elles-mêmes comme malades, et demandent en conséquence à être reconnues comme telles ; autant dire que, sitôt ouvert, le débat pourrait être clos : l'obésité est bien une maladie.

Point final ? Nous voudrions pour notre part moduler le questionnement soulevé en titre en demandant : l'obésité est-elle toujours une maladie ? Et, corollairement, qui, quelle instance pour se prononcer à ce sujet ?

Dès lors, le débat pourrait prendre place. Hâtons-nous même, avant que l'IA (l'intelligence artificielle) ne vienne décider à notre place³.

Argument n° 1 : il y a une obésité, certes, mais avec des degrés

Même si le critère de l'IMC est discutable à plusieurs titres (pourquoi le seuil de 30,0 kg/m² précisément ? Et pourquoi l'évolution de l'IMC n'est-elle pas prise en compte ?), reconnaissons

qu'il y a bien obésité et obésité : ici une obésité à un niveau d'IMC encore modérément augmenté, là une obésité à un niveau important ou même considérable. Pour l'heure, nous continuons à parler de stades de l'obésité avec les seuils d'IMC de 30, 35 et 40 kg/m² tout en sachant que nous rencontrons en pratique clinique des niveaux de 50, 60 et plus encore. Aussi pouvons-nous soutenir qu'avec un niveau aux environs de 30, ou au plus du double ; nous ne parlons pas de la même situation.

Nous pourrions donc, à ce stade, adopter une position en « oui »/« non » (maladie, ou pas) en regard de niveaux d'IMC très éloignés ; mais si l'on considère cette fois le « range » d'IMC, un range très large donc, à quel moment le médecin pourrait-il procéder à une « annonce de la maladie » ? Dans le cas du diabète (souvent lié à l'obésité), les choses sont claires : il y a avec une glycémie à 1,26 g/L un point d'inflexion au-dessus duquel des complications pourraient apparaître. De la même façon, quand on découvre une altération sévère de la fonction rénale, quand on dépiste une tumeur, quand survient un accident vasculaire ; la nouvelle tombe, et on « tombe malade ». La fracture opère ses effets : il y a un avant et un après. Mais rien de tel s'agissant de l'obésité de sorte que, en dehors des cas extrêmes et de complications patentes, on pourrait juste évoquer l'éventualité d'une maladie, une probabilité. Médicalement, à tout le moins, car il est vrai qu'une phrase blessante à l'encontre d'une personne en situation d'obésité peut provoquer une fracture aussi : une fracture morale.

Et comment juger médicalement cette autre situation, que dire à Nathalie, qui n'a pas d'obésité mais qui pose souvent devant son miroir en se désespérant de ses « kilos en trop », de son « gros boudin » ? Pouvons-nous lui dire qu'elle est une jolie femme ? Que le miroir est malicieux ?⁴ Nous devons surtout écouter. Et bientôt nous l'entendrons rapporter au bord des larmes la réflexion de son conjoint sur « son ventre ».

Les points essentiels

- Pour l'OMS et de nombreuses personnes en situation d'obésité, cette dernière est une maladie. Il est cependant légitime de se poser la question : est-elle toujours une maladie ? Et qui, quelle instance peut en décider ?
- Pour répondre à ce questionnement, un travail sur les mots relatifs à la maladie et leur étymologie apporte des éléments d'intérêt.
- La réponse, cependant, ne pourra être apportée que par la conceptualisation des normes proposée par Georges Canguilhem (philosophe et médecin) : 1) l'homme peut être dit « normal », quand bien même serait-il malade, s'il est doué de normativité ; 2) c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer, et non au jugement médical, car il n'existe pas de norme de vie supra-individuelle. Nous pourrions dès lors soutenir que l'obésité n'est pas toujours une maladie.

Argument n° 2 : il n'y a pas une, mais des obésités

Considérer les phénotypes de l'obésité, ce n'est pas seulement dire qu'il y a une distribution variable de l'adiposité – périphérique ou axiale, axiale mais sous-cutanée ou viscérale, etc. –, mais bien différentes obésités, avec des tissus adipeux de nature différente, des tissus plus ou moins inflammatoires.

Nous savons bien qu'il n'y a pas un, mais des cancers ; pas un, mais des diabètes. De la même façon, nous devons désormais considérer qu'il n'y a pas une obésité, une obésité indivisible, mais des obésités, des atteintes différentes du tissu adipeux.

³ Nous ne faisons pas de fiction : l'IA fait déjà le tri des personnes se présentant dans des services d'urgence à travers le monde pour « juger » de la réalité de la maladie et de sa sévérité.

⁴ « Les miroirs feraient bien de réfléchir un peu plus avant de renvoyer les images. » nous dit Jean Cocteau... [1].

Les référents français de la nutrition ont d'ailleurs clairement affiché leur position en passant du singulier au pluriel pour intituler leur ouvrage collaboratif *Les obésités* [2].

Argument n° 3 : des mots différents pour dire la maladie, en raison de regards différents

Prenons un temps appui sur la langue anglaise. Les Anglo-saxons disposent, en effet, de trois mots pour qualifier la maladie :

- *disease*, à travers le prisme biomédical ;
- *illness*, pour rendre compte de l'expérience vécue ;
- *sickness*, se référant cette fois à une construction sociale et à la place qu'occupe le sujet dans la société.

Trois mots donc avec *disease*, *illness*, et *sickness*. *And the winner is ?*

Nous ne répondrons évidemment pas en termes de *winner* (avec *loser* à l'opposé...), ou alors nous serions tous perdants. Disons plutôt qu'avec ces trois mots anglais sur la maladie, le regard ne sera pas nécessairement le même chez le soignant, chez la personne en situation d'obésité, ou encore du point de vue de la société.

C'est ainsi que le médecin, nous dit Luc Andrieux [3], aura un double travail de traduction à effectuer en consultation : une traduction du trouble ressenti, un trouble subjectif (le symptôme) à l'aune de données cliniques et paracliniques objectives (c'est la « phase intime », parce que d'abord basée sur le subjectif) ; une traduction ensuite de son analyse de la pathologie en adoptant un langage adapté (c'est la « phase extime », d'objectivation). Puisse une telle analyse atténuer les tensions relatives à la problématique de santé ! Car, il faut bien le reconnaître, le débat autour de « l'obésité-maladie » demeure très ouvert, et il est parfois vif. À mesure il est vrai de l'enjeu : un bon nombre de personnes souffrent de leur état d'obésité et demandent à ce que leur état malade – qualifions-le encore ainsi – soit reconnu comme tel par la société. Et disons-le maintenant clairement : avec une revendication pour la reconnaissance d'une ALD à la clé.

Argument n° 4 : un concept pour penser la maladie. Ou son absence...

C'est dans notre belle langue cette fois, mais avec une écriture dense et exigeante, qu'un philosophe (puis médecin) a conceptualisé la normativité vitale dans un ouvrage devenu depuis lors un ouvrage de référence : *Le Normal et le Pathologique* [4]. Nous avons nommé Georges Canguilhem⁵.

Son enseignement est magistral : il n'y a pas de fait normal ou pathologique en soi, il existe simplement différentes normes de

vie. Si ces normes sont inférieures aux normes spécifiques antérieures, elles seront dites pathologiques ; si elles se révèlent équivalentes, voire supérieures, elles seront dites normales.

Le pathologique se définit ainsi comme étant anormal sans être pour autant l'absence de norme (au sens de norme biologique) ; il est encore une norme de vie, mais il s'agit d'une autre norme, en l'occurrence une norme inférieure. En d'autres termes, l'anormal n'est pas ce qui n'est pas normal ; il est un autre normal : il est une incapacité à être normatif. Il n'en est pas moins que l'état pathologique est bien une réduction.

Pour le dire autrement, l'état pathologique n'est pas anormal dans l'absolu ; il l'est seulement relativement à une situation donnée. Pour autant, être sain, ce n'est pas seulement être normal dans une situation donnée ; c'est être normatif, dans telle situation donnée comme dans d'autres éventuelles. De sorte que la bonne santé, c'est être « plus que normal ». Chez l'homme sain, c'est avoir la capacité de dépasser la norme qui définit le normal momentané ; chez l'homme sain comme chez l'homme pathologique, c'est la capacité d'instituer de nouvelles normes selon les fluctuations du milieu ou des situations.

Voici l'apport majeur de Canguilhem : la définition de la normativité biologique, comme référentiel de nouvel équilibre relatif au normal. La santé n'est plus un état, mais un équilibre. Mieux encore : un équilibrage. Chez l'homme pathologique, le nouvel équilibre n'est pas un simple retour à l'état normal originaire. Être normal prend ainsi un double sens : la capacité de créer de nouvelles normes ; et aussi l'atteinte et le maintien d'un nouvel équilibre, un équilibre qui est ainsi évolutif.

Réciproquement, l'homme dit « normal » peut être pathologique, s'il est inquiet, inquiet de ne pas demeurer normal, de ne pas être en capacité d'être plus fort que la maladie, une maladie qu'il n'a pas encore rencontrée mais dont la perspective de survenue peut générer un sentiment de vulnérabilité. Nous ne pouvons pas ne pas penser à ce sujet à toutes les personnes qui ont peur de « perdre la ligne », qui ne sont pas ou qui ne sont plus en situation d'obésité mais qui contrôlent en permanence leur alimentation.

Argument n° 5 : c'est la vie qui est normative ; non le sujet, non le soignant

Nous avons progressé – espérons-nous – avec les concepts de « norme(s) », « normatif » et « normativité ». Une question centrale demeure, cependant : quelle instance, maintenant, peut-elle ériger une norme ?

Eh bien – Canguilhem encore –, c'est la vie ! C'est la vie qui est normative. C'est la vie qui pose, qui impose une polarité biologique. Nullement l'homme, nullement le jugement médical. Car c'est la vie qui institue son propre milieu. C'est la vie qui pose des valeurs, des valeurs tantôt positives et tantôt négatives et ce, non seulement dans le milieu environnant, mais aussi dans nos organismes même.

⁵ Précisons que Canguilhem aura eu l'honnêteté intellectuelle de dire qu'il prolongeait les travaux de Kurt Goldstein (1878-1965), qui fut un neurologue et psychiatre allemand.

On évoque bien en physiologie la notion d'homéostasie, d'adaptation au milieu.

Argument n° 6 : il est possible de dire où finit la santé, où commence la maladie ; il est même possible de dire qui peut le dire

Canguilhem encore et toujours : en matière de normes biologiques, c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer. Il n'existe pas de norme supra-individuelle qui permette de distinguer l'être sain de l'être malade. Ceci est seulement possible pour une norme individuelle.

Le normal n'a donc pas la rigidité d'un fait de contrainte collective (rappelons-nous que « normal » dérive du latin *norma*, qui a le sens de « règle », « équerre ») ; il a, au contraire, la souplesse d'une norme qui se transforme dans sa relation à des conditions individuelles.

La frontière entre normal et pathologique devient ainsi imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, tandis qu'elle est parfaitement précise pour un individu considéré isolément.

Ce qui est normal – c'est-à-dire normatif dans des conditions données – peut devenir pathologique dans une autre situation ; et de cette transformation, c'est l'individu seul qui est juge, parce que c'est lui seul qui en pâtit.

Canguilhem donne ici l'exemple du maître qui emmène des enfants à la montagne et qui supporte mal de vivre en altitude. Ce maître n'était pas obligé de choisir ce lieu ; il peut en changer, et tout redeviendra comme auparavant ; tout redeviendra « normal ». Il serait malgré tout un être supérieur s'il avait la capacité de s'installer à la montagne, si les circonstances le lui imposaient.

En conclusion de toute cette conceptualisation, l'approche de la maladie est ici faite en termes de normes de vie, et donc de degrés, et non de nature, non en position binaire, en oui/non, *on/off*, maladie/santé. La disponibilité d'une échelle de qualité de vie conçue spécifiquement pour l'obésité s'inscrit bien dans ce sens [6].

Argument n° 7 : la maladie à l'épreuve de l'ontologie

Nous voulons dire ici que la maladie n'a pas d'« être » en soi, ontologiquement.

Si cette notion d'« ontologie » est bien difficile à appréhender, la clinique vient à notre aide avec ce que nous rapportent des patients diabétiques quand ils nous disent : « J'ai attrapé le diabète ». Il y a bien en la matière toute une anthropologie de la maladie en jeu, une maladie souvent considérée (en Occident) comme un agent agresseur externe⁶. D'où le combat à mener

en constituant toute une cohorte d'« antis » : les antidiabétiques, les antihypertenseurs, les antiagrégants, les antibiotiques, etc.

« Maladie », disions-nous ; poursuivons avec les trésors de l'étymologie. Cette dernière nous révèle que les mots « malade » et « maladie » nous viennent tout droit du latin *male* : « mal », issu de *malus* : « mauvais », et *habitus*, participe passé du verbe *habere* : « être dans tel ou tel état » ; ce qui nous donne au total : « qui est en mauvais état ». Être malade, c'est ainsi « mal habiter ». Le mot « malade » ne se réfère donc pas au corps ontologiquement (à l'être du corps), mais au corps dans son environnement – un environnement plus ou moins immédiat. Nous rejoignons ainsi la philosophie des normes de Canguilhem. Toujours en appui sur l'étymologie, il n'est pas inintéressant de rapprocher *habitus* que nous venons de voir du grec *diaita*, dont dérive « diététique », et qui a notamment les sens de : « habitation, séjour, demeure » ; et du grec *ethos*, dont dérive « éthique » bien sûr, et qui a le sens de « demeure habituelle ».

Tout ceci pour souligner que le sujet souffrant n'est pas « au centre de préoccupations », comme on le déclame à l'envi ; il est plutôt au centre de ses préoccupations, si nous pouvons dire, inscrit plus ou moins bien qu'il est dans son environnement. Il incombe ainsi à chacun – soignant, sujet souffrant, et société – de penser les choses en termes d'interaction entre sujet et environnement, ce dernier entendu au sens large. C'est ainsi, par exemple, qu'un environnement « toxique » ou qu'un jugement indu sur la personne en situation d'obésité, peuvent « rendre malade ».

Enfin, si, alors que nous tentons de déployer pas à pas notre argumentation, nous devons donner l'impression qu'avec notre usage répétitif des mots « maladie » et « malade » nous tournons en rond, nous renverserions les choses en précisant que c'est le sujet malade qui « tourne en rond » : le mot « malade » en hébreu (*mahala*) est issu d'un radical qui a le sens de « tourner en rond. » Et telle est bien la problématique, quand « on ne s'en sort pas ».

Argument n° 8 : la définition de l'OMS ne vient pas en appui

Revenons ici à l'OMS, dont nous avons dit en introduction qu'elle avait reconnu l'obésité comme une maladie en 1997, et aussi parce que cet organisme a comme gravé dans le marbre sa « fameuse » définition de la santé.

Cette définition – ancienne, elle date de 1948 – va-t-elle nous aider dans le débat qui nous occupe ? Disons-le clairement : non. Nous contestons même, avec d'autres, cette définition, de façon générale comme pour le sujet de l'obésité en particulier. L'OMS, en effet, a considéré la santé comme un état de bien-être physique, psychique et social, comme un équilibre donc. Mais c'est oublier l'apport de Canguilhem : la santé n'est pas un équilibre un peu figé mais un équilibrage ; la santé, c'est la normativité ; la santé, dans une dynamique, c'est ce que l'on

⁶ Nous invitons à lire à ce sujet François Laplantine et sa remarquable *Anthropologie de la maladie* [5].

rachète pour restaurer des normes de vie ; la santé, c'est la capacité de tomber malade et de s'en remettre, dont avec l'aide du soin médical. Ce soin aura des répercussions sociales, certes, pour l'individu concerné comme pour la société à travers le nombre important d'individus concernés ; pour autant, les soignants ne sauraient assurer le bien-être social, pour la bonne et simple raison que cela ne relève ni de leur domaine de compétence, ni de leur responsabilité. Place plutôt ici à la politique, aux politiques de santé.

Argument n° 9 : et quand bien même la maladie serait advenue, cette dernière ne doit pas être considérée négativement seulement

Canguilhem, une nouvelle fois : la maladie est une expérience d'innovation positive du vivant, et non pas seulement une perte, un manque. Guérir va certes de pair avec des pertes essentielles pour l'organisme mais aussi avec l'apparition d'un nouvel ordre, d'une nouvelle norme individuelle.

Guérir, à tout le moins « s'en remettre » ; c'est ainsi se donner de nouvelles normes de vie, des normes qui peuvent parfois être supérieures aux anciennes, à mesure des ressources mobilisées – même s'il est vrai que la nouvelle santé n'est pas la même que celle de l'état précédant (« Aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique », nous dit-il, lumineusement [4]).

Guy Samama⁷, quant à lui, fait un joli pied de nez à la maladie, si nous osons dire. Qu'on en juge avec ce propos :

« Paradoxalement, l'homme qui réussit, selon les critères d'une société sortie de son axe (vitesse, performance, rentabilité, etc.), serait un homme malade.

Osons une hypothèse : inversement, peut-être, les personnes malades, soucieuses de rejoindre leur vrai moi, seraient-elles celles qui résistent aux contraintes artificielles ? Déclares "inadaptées" parce qu'elles ne courent pas sans arrêt vers des buts inaccessibles, pratiquant la lenteur comme exercice spirituel, elles vivraient librement, en adéquation avec elles-mêmes, dans un déliement qui les prémunirait contre le délitement. » [7].

Que l'on ne se méprenne pas : il ne s'agit pas ici – il ne s'agit jamais – de prôner le dolorisme. Il s'agit plutôt de s'interroger : si l'on analyse historiquement et sociologiquement la « Grande Accélération » à laquelle nous assistons depuis la révolution industrielle [8] ; si l'on analyse philosophiquement l'altération du rapport au temps depuis lors ; si – fiction – nous demandions à un observateur extérieur à notre monde d'examiner le fonctionnement actuel de notre humanité, nous pourrions

légitimement nous demander : mais qui est-il, finalement, l'homme malade ? Ne serait-il pas « l'homme d'une société sortie de son axe », celui qui s'agite et « tourne en rond », selon le mot hébreu que nous avons vu ?

À chacun son prisme...

Argument n° 10 : puisque c'est à l'individu concerné qu'il faut se référer, il est temps de lui donner la parole !

Car, après tout, c'est un médecin qui écrit les présentes lignes. Et comme « l'homme a deux oreilles et une seule langue, pour écouter deux fois plus qu'il ne parle » [9], sachons écouter.

Nous écoutons pour notre part les personnes qui témoignent de leur souffrance ; nous soutenons généralement les projets de chirurgie bariatrique, pour des personnes qui pourraient toutes témoigner de leur « obésité-maladie ». Nous n'en écoutons pas moins d'autres perceptions, d'autres récits – non point pour contrebalancer, mais nous avons deux oreilles, et nous écoutons ainsi en stéréophonie.

Écoutons notamment Morgane, en situation d'obésité, nous dire ceci :

« Je n'ai jamais perçu mon obésité comme une maladie. Comment aurais-je d'ailleurs pu la percevoir ainsi ? »

Lire la suite du témoignage en [Annexe 1](#).

Merci beaucoup, Morgane. Vous venez – librement – d'illustrer le mieux la distorsion possible entre « *disease* », « *illness* » et « *sickness* » : l'obésité est bien une maladie, reconnaissez-vous, notamment avec l'OMS ; pour autant, vous ne l'avez jamais perçue comme telle.

Argument n° 11 : ensemble, on va plus loin

À plusieurs, nous allons plus loin, en effet. Aussi donnons-nous maintenant la parole à Sylvie Benkemoun, une parole à la fois personnelle et institutionnelle car Sylvie est présidente du GROS (groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids) :

« À l'occasion d'une réflexion collective sur les croyances relatives à l'obésité, j'ai perçu chez Jean-Daniel Lalau, avec son regard de médecin et de philosophe, une possibilité d'échanger au sujet de la « maladie-obésité ». Comment ne pas s'interroger avec lui, en effet, sur une pathologie qui se développe autant et qui résiste encore aux traitements – la chirurgie ne conduisant tout de même pas à la guérison ? Pour ma part, je souhaite prolonger le questionnement ainsi : le fait de présenter l'obésité comme une maladie améliore-t-il son acceptation par les personnes en difficulté avec leur poids, leur prise en soin et, in fine, leur qualité de vie ? Doit-on médicaliser tout poids en dehors des normes ? Toutes les personnes en obésité sont-elles malades et se vivent comme

⁷ Guy Samama, disparu en 2022, a été un élève de Canguilhem. Il a dirigé la revue *Approches* que nous présentons avec la référence de l'extrait qui suit.

telles ? N'est-il pas grand temps de mieux prendre en considération les trop nombreux échecs à long terme des pertes de poids, déjà difficilement acquises ? Comment, enfin, concilier la compréhension d'une maladie de la cellule adipeuse et ses conséquences sur la santé, et la mise en place dans l'urgence de tout un système de défense à la suite de traumatismes destructeurs, avec une défense encore après du fait de l'environnement hostile à l'excès de poids, une fois constitué ?

J'en viens directement à l'argument n° 9 de J.-D. Lalau et qui retient mon attention de psychologue : "Et quand bien même la maladie serait advenue, cette dernière ne doit pas être considérée négativement seulement". Il n'est pas rare, en effet, d'entendre une personne en obésité, souvent massive, dire de ses troubles du comportement alimentaire qu'ils lui permettent de demeurer en vie malgré des idées suicidaires, passées ou même encore présentes. Selon cette vue, l'obésité pourrait être considérée comme un "moindre mal".

Le rapport à la souffrance et aux difficultés psychologiques n'est pas assez pris en compte pour pouvoir mener une prévention effective, comparativement aux conséquences somatiques et ce, y compris au fil du temps. En effet, la balance bénéfices/risques évolue selon une temporalité propre à chacun, et aussi au fil de sa propre vie. Cet état de fait parce que la compréhension de l'obésité est entravée par les stéréotypes et les préjugés qui condamnent et marginalisent les personnes concernées dans un environnement hostile. La qualification de "malade", s'agissant de personne en difficulté avec son poids, fait d'abord suggérer un manque d'activité physique et une quasi-délinquance alimentaire ; autant dire un manque de volonté. Que dire alors de la personne qui a un poids considéré excessif et qui mange de façon intuitive alors qu'elle n'éprouve pas de difficulté particulière, que son niveau d'activité physique est satisfaisant et que ses paramètres biologiques sont dans les normes ?

Considérons maintenant l'argument n° 3 : "Des mots différents pour dire la maladie, en raison de regards différents" et revenons sur les mots anglo-saxons qualifiant la maladie : 1) "*disease*", selon prisme médical parlerait, se référerait à la réalité de la maladie : la maladie du tissu adipeux, et au niveau de risque de complications afférent ; "*illness*", qui rend compte de l'expérience vécue pourrait, à l'inverse, faire récuser la maladie si la personne en situation d'obésité ne se sent pas malade ; "*sickness*", enfin, se référant à la construction sociale, ferait à nouveau parler de "maladie", en référence à un écart significatif par rapport à une norme, mais une norme limitée à une apparence : celle de l' "état pléthorique".

Nous prolongeons le questionnement de J.-D. Lalau, qui distingue des obésités (argument n° 2) : faut-il dire de l'obésité qu'elle est nécessairement une maladie, et quand

cela ? Pour notre part, nous établissons une distinction entre l'obésité précoce d'origine génétique depuis l'enfance, la prise de poids acquise après un sevrage tabagique, et celle qui peut s'avérer protectrice au décours un abus, comme autant de cas de figure requérant une prise en soin spécifique, ce que l'on n'entend pas nécessairement quand on parle de la maladie, au singulier donc. Parlerions-nous pour autant de maladies, cette fois au pluriel ? Nous ne saurions pas le dire ainsi tant que l'on fera l'économie de l'expérience vécue par les personnes concernées.

Toujours est-il que la lutte pour la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie a pour finalité de faciliter l'accès aux soins et, idéalement, une prévention effective, une prévention ô combien nécessaire de la problématique massive – si nous osons dire – de santé publique. Une telle lutte est louable et nécessaire. Certes. Mais nous tournons un peu en rond : comment accepter, faire accepter ce statut de malade à l'échelon individuel quand l'individu ne se reconnaît pas dans les stéréotypes et des préjugés ambiants, et qu'il s'efforce de s'en écarter ? Comment se reconnaîtrait-il d'ailleurs dans les images dégradantes véhiculées à l'encontre des personnes en situation d'obésité, décochées comme les piques du picador, s'il veut garder espoir ? On sait déjà combien les parcours d'amaigrissement sont semés d'embûches, combien les échecs sont nombreux, combien chaque nouvelle tentative est vécue comme en état de transit dans son corps pour l'accès à un corps mince, à la normalité, au loin de la maladie.

La normalité, justement : plutôt que de considérer les choses selon une logique binaire (normalité/anormalité ; santé/maladie), voire manichéenne (bien/mal), il serait bienvenu d'accueillir avec bienveillance la diversité des apparences pour ne pas aggraver l'obsession du poids et les conséquences des échecs à l'amaigrissement. Or, la lutte pour faire accepter cette diversité des corps est souvent perçue comme une inconscience mortifère, parce que déniait la gravité de la maladie obésité. Tel n'est pourtant pas le cas ; l'idée est plutôt de nuancer les choses, de raisonner en degrés, de reconnaître qu'il y a à côté des situations graves des dépassements de poids modérés. De sorte que la question est plutôt celle de la représentation (anthropologiquement) de tous ces états à la fois dans l'inconscient collectif. Et ceci, une nouvelle fois, afin de prévenir le mieux l'évolution des situations de surpoids vers la maladie authentique.

Pierre Aimez, médecin nutritionniste, incite bien à la nuance en nous plaçant à la croisée des phénomènes avec sa formule "l'hérédité prédispose, l'environnement propose, la psychologie impose". Bernard Waysfeld, prenant appui sur cette formule, établit la distinction entre les "obésités nécessaires", indépendantes de la volonté parce que liées à la génétique (là où la génétique "impose" en fait, avec les obésités monogéniques), et "les obésités accidentelles",

celles qui se développent dans un environnement personnel et/ou social délétère. Au-delà de la catégorisation purement formelle, une telle distinction a l'avantage de structurer toute l'approche thérapeutique.

"Prédispose", disions-nous ; nous aimerions que soit développée plus avant la notion de vulnérabilité pour prévenir le mieux la « maladie-obésité », plutôt de véhiculer sans cesse celle "d'épidémie non contagieuse", une notion à la fois angoissante et stigmatisante. Non contagieuse, certes, mais quand même vécue comme une lèpre des temps modernes, de surcroît sécrétée par une société notoirement "obésogène" ».

Manifeste pour la nuance

Au sortir de notre argumentation, il est temps d'afficher notre position : nous soutenons que l'obésité peut être une maladie ; nous soutenons aussi que l'obésité n'est pas toujours une maladie. Nous soutenons, enfin, que la généralisation peut être nuisible.

Dire que l'obésité est (toujours) une maladie est, à nos yeux, une dénegation de la spatialité : à un niveau groupal, on peut très bien distinguer dans l'espace des personnes aux trajectoires existentielles différentes qui fassent que certains sont malades, tandis que d'autres ne se sentent pas malades et ne veulent pas être reconnus comme tels ; dire que l'obésité est (toujours) une maladie est aussi une dénegation de la temporalité : à l'échelon individuel cette fois, ce serait faire fi de l'altération variable au fil du temps des normes de vie et des capacités de relève.

Enfin, quand bien même la maladie serait advenue, cette dernière n'est pas toujours une perte, seulement une perte. Elle peut aussi ouvrir le champ des possibles dans la recherche, au fil des épreuves certes, de l'intensité du sentiment de vie. Pour pouvoir vivre de nouveaux débuts [10].

En guise de conclusion, une nouvelle question...

Nous espérons avoir répondu à notre interrogation première (l'obésité : une maladie ?). Il n'en persiste pas moins un nouveau point d'interrogation, épineux lui aussi, celui des critères pour opérer la différenciation entre l'obésité-maladie, et l'obésité qui n'en est pas une.

À la croisée de l'objectif et du subjectif, pour cette différenciation que nous invitons à faire, nous n'en avons donc pas fini.

Ce qui est somme toute plutôt rassurant. Tant il importe que l'homme délibère. Puisse délibérer. Ne jugeant point, puisse (se) libérer de tout jugement hâtif.

L'obésité, à nos yeux, n'est donc pas toujours une maladie ; place maintenant à l'élaboration de critères pertinents.

Remerciements : Je remercie vivement Morgane pour son témoignage ; Virginie Maréchal, psychiatre référente pour la nutrition au CHU d'Amiens, pour sa lecture et son accord pour les éléments présentés ; Sylvie Benkemoun, enfin, pour sa contribution et l'opportunité qu'elle m'a donné d'écrire ce texte.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.



Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et doi:10.1016/j.mmm.2024.10.011.

Références

- [1] Cocteau J. Le sang du poète; 1930 [film].
- [2] Lecerf JM, Clément K, Czernichow S, Laville M, Oppert JM, Pattou F, et al. Les obésités. Paris: Elsevier Masson; 2021.
- [3] Andrieux L. « Vivre sa maladie. L'expérience des nouveaux territoires du corps ». Recherche en soins infirmiers, 123. 2015.
- [4] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 8^e éd. Paris: PUF, collection « Quadrige »; 1999.
- [5] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot, coll. « Bibliothèque scientifique Payot »; 1986.
- [6] Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F. Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality Of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. Diabetes Metab 2005;31:273-83.
- [7] Samama G. L'urgence : maladie d'un rapport à soi-même ? L'urgence : dictature d'une illusion, 149. Paris: Approches, Centre Documentation Recherche; 2012.
- [8] Bouton C. L'Accélération de l'histoire. Paris: Seuil, coll. « L'Ordre philosophique »; 2022.
- [9] Citation de Zénon de Kition.(332-262 av. J.-C.).
- [10] Marin C. Les débuts. Paris: Flammarion, coll. « Autrement »; 2023.