

Si, en France, le rôle des facteurs socio-structurels a été souligné au cours de la mise sur agenda¹ du problème de l'obésité et du surpoids, les dispositifs déployés ont surtout visé à responsabiliser les individus. Cette politique est en cela représentative des transformations que connaissent les pays occidentaux, où l'on observe le déploiement de dispositifs qui visent à résoudre des problèmes publics par le gouvernement des conduites des individus, pensés comme des consommateurs. Le cas de l'obésité permet de souligner trois caractéristiques de ce mode de gouvernement. 1) Il tend à s'appuyer sur des disciplines qui lui offrent une légitimation théorique et des instruments « politiquement praticables ». 2) Il n'est pas le seul fait de l'État mais repose sur une nébuleuse d'acteurs (municipalités, associations, industriels, chercheurs...). 3) Il s'appuie volontiers, comme l'a suggéré Foucault, sur les dynamiques autonomes qui animent les entités individuelles ou collectives pour mieux les gouverner.



Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs

Henri Bergeron¹, Patrick Castel², Étienne Nouguez²

¹ Sciences Po, CSO, LIEPP, Chaire Santé, CNRS, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France. henri.bergeron@sciencespo.fr

² Sciences Po, CSO, LIEPP, CNRS, Paris, France.

Dans la plupart des pays développés, on observe le déploiement de dispositifs de gouvernement des conduites des individus, souvent appréhendés comme des consommateurs, pour résoudre des problèmes publics, comme ceux liés à la santé ou à l'environnement. La lutte contre l'obésité et le surpoids, sur

laquelle portent nos récents travaux, est représentative de ces transformations de l'action publique².

La désignation de l'obésité comme *épidémie* par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 contribue à l'instituer comme problème social et à le mettre sur l'agenda public d'un grand nom-

bre de pays occidentaux [1]. En France, des mesures de lutte contre l'obésité ont été mises en place dès 2001 dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) sous l'égide du Ministère de la Santé [2] (*Tableau I*). Alors que, dans ce pays, le rôle structurant des inégalités sociales et plus généralement de facteurs socio-structurels a été souligné au cours de la mise sur agenda du problème (contrairement aux États-Unis où la responsabilité des individus a été plus volontiers mise en avant), les instruments fina-

1. Concept de sociologie de l'action publique qui désigne les processus conduisant des faits sociaux, jusque-là considérés comme relevant de la fatalité ou du domaine privé, à être appréhendés comme des « problèmes publics ».

2. Ces recherches ont été financées par l'ANR (projet « GOUVCONSO », dirigé par Sophie Dubuisson-Quellier) et par l'Inserm dans le cadre d'un appel d'offres de l'IRSP (projet « Comment l'idée vint... : Mise sur agenda et routinisation de la lutte contre l'obésité, en France », dirigé par Henri Bergeron).

Questions de santé publique

Juin 2014

Tableau I. Axes des trois Programmes Nationaux Nutrition Santé.

PNNS 1 (2001-2006) 6 axes stratégiques :	PNNS 2 (2006-2010) 4 « nouveaux » axes :	PNNS 3 (2011-2015) 4 axes stratégiques :
<ul style="list-style-type: none"> - Informer et orienter les consommateurs - Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels - Impliquer les acteurs privés - Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle - Développer la recherche en nutrition humaine - Engager des mesures et actions sur des groupes ciblés 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité de l'offre alimentaire (chartes d'engagement, observatoire, étiquetage nutritionnel – Europe) - Dépistage et prise en charge de l'obésité - Plans spécifiques pour les populations défavorisées et précaires (sensibiliser, faire appel aux réseaux sociaux, chartes d'engagement collectivités et entreprises) - Initier une réflexion sur l'image du corps 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités sociales en matière de nutrition (interventions spécifiques, actions d'information et d'éducation) - Développer l'activité physique et sportive et réduire la sédentarité - Diminuer la prévalence de la dénutrition - Valoriser le PNNS et impliquer les parties prenantes (chartes d'engagement collectivités et entreprises)

lement déployés pour lutter contre l'obésité ont essentiellement visé à responsabiliser les individus [1, 3].

Ce mouvement de responsabilisation individuelle manifeste ainsi un rapport de force entre l'État, le marché et la société civile, de nature typiquement néolibérale et structurellement défavorable aux citoyens. On peut trouver les traces de cette asymétrie fondamentale dans la formation et la mise en œuvre de trois instruments de politique publique, qui, certes, ne forment pas toute la politique française de lutte contre l'obésité, mais qui sont cependant fort significatifs : 1) les campagnes de prévention nationale ; 2) un programme de prévention qui se diffuse dans les municipalités ; 3) les chartes d'engagement volontaire. Leur analyse permettra de dégager, en conclusion, certaines caractéristiques essentielles de ces politiques contemporaines de gouvernement des conduites individuelles.

POLITIQUES DE PRÉVENTION

Les actions de prévention privilégient la forme de messages informatifs, encourageant les consommateurs à pratiquer davantage d'exercice physique (« Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière », « Pour être en forme, dépense-toi bien », etc.) et à maîtriser certains aspects de leur alimentation (« Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour », « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop salé, trop sucré », etc.)³, bien que des mesures visant la restauration d'en-

treprise et scolaire (matériel pédagogique, guides de nutrition...) soient également prévues et qu'une politique de coordination des acteurs de la prévention locale ait été initiée. Tout comme la campagne « *Five-a-Day* » en Grande-Bretagne [4], les campagnes françaises de prévention illustrent une conception anthropologique de l'individu contemporain relativement rudimentaire et atomiste, selon laquelle il convient de l'informer et de le séduire pour l'amener à transformer son comportement. Ne sont pas pris en compte les déterminants plus structurels de ces comportements, qu'il s'agisse de conditions sociales ou économiques, ou des réseaux d'interdépendances et des structures de relations sociales dans lesquels ceux-ci sont pris.

Notamment, le développement de l'épidémiologie a permis d'isoler parmi les comportements, certaines conduites et états dont on établit sur la base de l'identification de facteurs « politiquement praticables » [5], qu'ils sont susceptibles d'être les cibles de l'action publique. Nombre de travaux d'épidémiologie ont insisté sur les comportements et déterminants *individuels* des maladies et états de santé « anormaux » [6]. Si l'épidémiologie aide à former les cibles de l'action publique, les autres sciences humaines et sociales contribuent plus volontiers au dessin des instruments nécessaires à l'« atteinte » de ces cibles. Il n'est guère possible de s'attarder ici sur le rôle, chaque fois singulier, d'un nombre important de sciences humaines et sociales (anthropologie, sociologie, économie, psychologie, etc.) [7], mais on peut attirer l'attention sur l'émergence récente du mar-

keting social et des sciences du comportement. Ces savoirs sont mobilisés de manière croissante, quoique inégale, dans le cadre des politiques de prévention du surpoids et de l'obésité et construisent des modes d'action originaux sur les comportements, en ce qu'il ne s'agit plus seulement de modifier le niveau d'information des consommateurs, ni leurs croyances ou leurs attitudes, mais également de changer la structure immédiate de leurs choix individuels. Il s'agit par exemple de modifier l'emplacement des plats dans les cantines (notamment scolaires), selon qu'ils sont jugés plus ou moins sains pour la santé, de modifier les tailles des portions alimentaires disponibles, etc. De variables dépendantes, les comportements individuels ont ainsi été transformés en variables indépendantes, et c'est sur eux et leurs mécanismes élémentaires de formation qu'il convient désormais d'agir [8].

Nous nous sommes aussi intéressés à certaines politiques de prévention locale. L'étude du programme EPODE (« Ensemble, prévenons l'obésité des enfants ») a mis en lumière la façon dont une entreprise privée de communication et de marketing en santé a pu s'instaurer comme acteur de premier plan dans la lutte contre l'obésité infantile, en intervenant pour le compte de plus de 200 municipalités françaises [9, 10]. Cet entrepreneur *privé* de politique *publique* contribue à la fois à former des diagnostics, à identifier des cibles et à concevoir des instruments d'action publique. Il fournit également – ce qui est plus inédit – un travail de coordination *politique* de l'activité d'acteurs publics et associa-

3. www.mangerbouger.fr

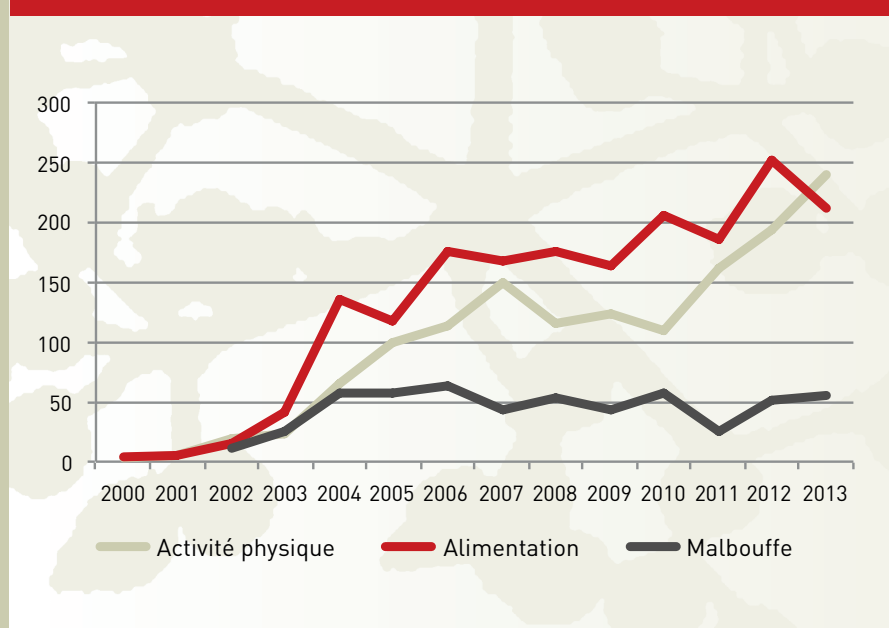
tifs locaux pour encadrer les conduites individuelles. À l'inverse de la figure classique de privatisation de l'action publique dans laquelle un acteur public délègue à un acteur privé la mise en œuvre d'une mission dont il a préalablement défini les objectifs, c'est ici l'acteur privé qui définit les objectifs et l'organisation d'une politique publique. Cet entrepreneur a par ailleurs joué de sa position frontalière entre des espaces disjoints pour offrir un espace d'action légitime à des acteurs qui étaient jusqu'alors exclus de la définition des politiques de santé publique. EPODE a ainsi permis aux municipalités de se constituer en échelon « pertinent » (et en partie concurrent de l'État) de cette action publique, pour un coût modeste. Parallèlement, en recourant largement aux financements d'industriels de l'agroalimentaire pour mener ces actions, ce programme a contribué à les définir comme partenaires plutôt que comme cibles de l'action publique. Enfin, ce programme a, qu'on le veuille ou non, contribué à détourner le regard public sur l'obésité de la composition des produits pour le centrer sur les conduites (alimentaires et sportives) des individus/consommateurs.

LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ ET INTÉRÊTS INDUSTRIELS

Les politiques de prévention ainsi menées présentent l'avantage d'être simultanément peu coûteuses pour l'État et guère agressives vis-à-vis de l'industrie agroalimentaire, qui compte parmi les premiers employeurs européens. Il est significatif, dans cette veine, que le cadrage de l'obésité qui paraît aujourd'hui émerger, plus de dix ans après l'élaboration du premier PNNS, est encore moins défavorable aux intérêts industriels. En effet, l'obésité dans l'espace et l'agenda publics *semble* de plus en plus manifestement conçue comme la conséquence d'un manque d'exercice physique, au même titre, voire plus, qu'un problème de mauvaise alimentation (cf. « *Let's move* » aux États-Unis) (Figure 1). Si pareille transformation se confirmait, ce cadrage signerait le passage d'une responsabilité quasi unique, clairement identifiée, et pouvant potentiellement inspirer des politiques centrées sur l'offre alimentaire, à une responsabilité multiple et diffuse (ascenseurs, règne de l'automobile, manque d'infrastructures sportives etc.), relativisant la contribution de cette offre alimentaire à la genèse du problème.

Dans cette veine, nous avons étudié un dispositif original d'action publique, les chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnels, qui cible les entreprises qui composent l'offre alimentaire. Inscrit dans le PNNS 2, l'objectif de ce dispositif est d'inciter les entreprises à proposer des améliorations nutritionnelles de leurs produits, dans le sens du PNNS (diminution du taux de sucre, de gras, de sel, etc.). Les engagements des entreprises sont soumis à un comité, piloté par la DGS et présidé par un fonctionnaire du ministère de l'Économie et des Finances, qui évalue notamment le caractère significatif (quantitatif et qualitatif) des engagements et la possibilité d'une procédure d'audit future. En cas de signature de la charte, l'industriel signataire peut faire mention dans ses campagnes de communications : « *Entreprise/marque/organisation/recettes/menus engagé (e/es/s) dans une démarche nutritionnelle encouragée par l'État (PNNS)* ». Au-delà du bilan dressé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) [11], qui soulignent l'échec relatif des chartes d'engagement – appréciation partagée par certains des fonctionnaires en charge de leur mise en œuvre –, et des explications que l'on peut avancer pour soutenir pareil constat [12], ces chartes illustrent le compromis néolibéral évoqué plus haut : volontaires, elles laissent une grande latitude aux industriels, qu'il s'agisse de la décision de s'engager ou du contenu de ces engagements. Ajoutons qu'une optique d'« amélioration nutritionnelle » (d'un même produit) a été préférée à celle de « qualité nutritionnelle » (d'un produit par rapport aux autres) : signer une charte n'est donc pas un moyen de se différencier de possibles concurrents, ce à quoi s'opposait l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA), mais permet, plus modestement, la mesure diachronique⁴ des efforts accomplis par chaque firme entre deux dates (une comparaison intra-firme) [12]. On est finalement fondé à considérer que ce disposi-

Figure 1. Évolutions des thèmes associés à l'obésité dans la presse généraliste française (nombre d'articles par an) (source : Factiva).



4. C'est-à-dire l'évolution de la mesure dans le temps.

I Directeur de la publication : Geneviève Chêne. **I Rédacteur en chef :** Claire-Isabelle Coquin. **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut de Recherche en Santé Publique. **I Éditeur :** Éditions EDK (Groupe EDP/Sciences), 25, rue Daviel, 75013 Paris. Tél. : 01 58 10 19 05. E-mail : edk@edk.fr. **I Création/maquette/infographie :** Isabelle Benoit. Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

N°25 – Juin 2014

tif de gouvernement de l'offre, non coercitif, qui table sur la bonne volonté des industriels, est peu offensif : il octroie le temps nécessaire à chacun de s'adapter aux signaux du marché, selon des modes et une temporalité qui relèvent plus volontiers de logiques de distinction marchande ou de responsabilité sociale des entreprises que d'exigences de santé publique.

CONCLUSION

Nos résultats permettent donc de tracer certains contours d'un gouvernement des conduites consistant à encadrer les choix individuels ou collectifs, tout en respectant, *a minima* formellement, une exigence de liberté et d'autonomie. Comme l'avait déjà signalé Michel Foucault [13], il constitue l'une des formes privilégiées de l'exercice du pouvoir dans les sociétés modernes. L'exemple des politiques de lutte contre l'obésité nous a permis

d'identifier et de préciser trois caractéristiques de ce gouvernement. 1. Il tend à s'appuyer sur de « nouvelles » disciplines qui lui offrent à la fois une légitimation théorique et des instruments « politiquement praticables », puisqu'ils respectent la structure d'un rapport de force existant entre l'État, les industriels et les citoyens. 2. Le gouvernement des conduites de consommation n'est pas le seul fait de l'État mais repose sur une nébuleuse d'acteurs (municipalités, associations, industriels, chercheurs...). 3. Ces actions publiques, comme l'a encore suggéré Foucault, ne fondent pas leur efficacité sociale (si tant est qu'elles soient efficaces) sur la coercition, mais s'appuient plus volontiers sur les dynamiques autonomes qui animent les entités individuelles ou collectives : les consommateurs, mais aussi les mairies, les industries, les acteurs de l'éducation nationale, etc. De ce point de vue, gouverner c'est aussi gouverner ceux qui gouvernent les conduites.

RÉFÉRENCES

- [1] Saguy A. *What's wrong with fat?* New York : Oxford University Press, 2013.
 [2] Bossy T. *Poids de l'enjeu, enjeu de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*. Thèse de doctorat en Science politique, IEP de Paris, 2010.
 [3] Bergeron H, Castel P, Saguy A. When frames (don't) matter: querying the relationship between ideas and policy. *LIEPP Working Paper* 2014 ; 18 : 1-44.
 [4] Thanem T. There is no limit to how much you can consume: the new public health and the struggle to manage healthy bodies. *Culture and Organization* 2009 ; 15 : 59-74.
 [5] Peretti-Watel P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *RFS* 2004 ; 45 : 103-32.
 [6] Peretti-Watel P, Moatti JP. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés* « La République des Idées ». Paris : Seuil, 2009.
 [7] Bergeron H, Castel P. *Sociologie politique de la santé*. « Quadrige ». Paris : PUF, 2014 (à paraître).
 [8] Armstrong D. Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogical study. *Social Studies of Science* 2009 ; 39 : 909-26.
 [9] Bergeron H, Castel P, Nouguez E. Un entrepreneur privé de politique publique : la lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé. *RFS* 2011 ; 61 : 201-29.
 [10] Bergeron H, Castel P, Nouguez E. Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *RFS* 2013 ; 54 : 263-302.
 [11] IGAS, CGAAER. *Évaluation du Programme National Nutrition Santé PNNS 2, 2006-2010*. Paris : La Documentation Française, 2010.
 [12] Bergeron H, Bossy T, Castel P, Pilmis O. *Comment l'idée vint... Mise sur agenda et routinisation de la politique de lutte contre l'obésité en France*, Paris : Rapport à l'IRSP, 2012.
 [13] Foucault M. *Sécurité, territoire et population. Cours au collège de France. 1977-1978*. « Hautes Études ». Paris : Seuil-Gallimard, 2004.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IRSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IRSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IRSP est dirigé par Jean-Paul Moatti, professeur en économie de la santé.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé

- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IRSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion

intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IRSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IRSP : www.iresp.net