



HAL
open science

Les différentes temporalités du changement: la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni

Thibault Bossy

► To cite this version:

Thibault Bossy. Les différentes temporalités du changement: la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni. Bruno Palier; Yves Surel; Julie Devineau; Aurélien Évrard; Catherine Hoeffler; Marie-Esther Lacuisse; Martin Lardone; Clémence Ledoux; Geoffroy Matagne; Pierre-Louis Mayaux; Catherine Palpant; Pauline Prat; Thibault Bossy; Laurie Boussaguet; Delphine Chabalier. Quand les politiques changent: temporalités et niveaux de l'action publique, L'Harmattan, pp.145-182, 2010, 9782296114548. halshs-03463412

HAL Id: halshs-03463412

<https://shs.hal.science/halshs-03463412>

Submitted on 10 Dec 2021

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.

Titre du chapitre : Les différentes temporalités du changement : la mise sur agenda de l'obésité en France et au Royaume-Uni

Auteur : Thibault Bossy

In Bruno Palier, Yves Surel, Thibault Bossy *et al.*, *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris : L'Harmattan, coll. Logiques politiques, 2010, pp. 145-182.

En novembre 2006 a été organisée une conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité, sous les auspices du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), assistée par la Commission européenne. Les ministres ont adopté une charte européenne sur la lutte contre l'obésité et ont promis de renforcer les actions face à ce qu'ils appellent « un des plus redoutables défis de santé publique » dans la région (OMS, 2006).

La question centrale de ce chapitre sera de comprendre pourquoi le Royaume-Uni n'a pas mis en œuvre plus tôt que la France une politique de lutte contre l'obésité alors que cette dernière a commencé à y progresser de manière inquiétante dès les années 1980. Définie comme un excès de masse grasse dans le corps, et mesurée par l'indice de masse corporelle¹, cette maladie est désormais appréhendée comme une épidémie, un problème de santé publique². Or, *a priori*, le Royaume-Uni possédait les conditions institutionnelles pour une mise sur l'agenda rapide du problème³ : les systèmes nationaux de santé, comme le *National Health Service* (NHS), mettent en avant la prévention (afin de diminuer les dépenses de santé), la santé publique est une discipline bien implantée dans les institutions médicales, la nutrition est une science reconnue et prise en compte. L'obésité émerge même dans les années 1980 comme facteur de risque des maladies cardiovasculaires, et dans ce sens, est intégrée dans les stratégies mises en place par le gouvernement pour tenter de réduire la prévalence de ces maladies. Au contraire de la France où l'obésité ne progresse que plus tardivement, et où la santé publique a longtemps été une discipline dévalorisée (et dévalorisante) et la nutrition considérée jusqu'à il y a peu comme « un truc de bonne femme »⁴. Et pourtant, malgré ces conditions différentes, l'obésité a été portée de manière autonome dans les deux pays à peu près au même moment. Comment peut-on l'expliquer ?

Les analyses classiques de la mise sur agenda, comme celles de R.W. Cobb et C.D. Elder (1983) ou de R.W. Cobb, J.K. Ross et M.H. Ross (1976) ont peu pris en compte la variable temporelle et l'effet du temps long sur les politiques publiques. Il ne faut cependant pas imaginer que le temps est une donnée absente : de par la nature processuelle des politiques publiques, elle est forcément présente. L'accent est plus ou moins mis sur cette dimension ensuite. Mais ces analyses s'arrêtent le plus souvent à l'étude des stratégies des acteurs, qu'on les appelle entrepreneurs politiques ou *operatives*, sur le court terme.

Les théories de la mise sur agenda insistent en effet beaucoup sur le rôle particulier d'individus qui portent les idées, qui saisissent les opportunités, qui négocient et cherchent à gagner l'attention, au moins du public et surtout celle des décideurs politiques. La mise sur agenda est donc conçue généralement comme un processus dynamique⁵, un moment où l'on perçoit qu'un changement a lieu

¹ L'indice de masse corporelle s'obtient en divisant le poids en kilogrammes (P) par la taille en mètres au carré (T²) : $IMC = P/T^2$. Le poids « normal » est compris entre un IMC de 18,5 et de 24,9 kg/m². Le surpoids est défini par un IMC supérieur ou égal à 25, l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30.

² Dans une définition large, la santé publique comprend l'ensemble des interventions prises par les pouvoirs publics visant à protéger et à promouvoir la santé de la population, telles que les campagnes de promotion de la santé, de vaccination, la prévention et le traitement des maladies, etc. (Baggott, 2000 ; Lecorps, Paturet, 1999). Pour M. Setbon (1993 : 27), il existe quatre critères de reconnaissance d'un problème de santé publique : « a) une population concernée, b) une connaissance des caractéristiques qui déterminent la maladie dans cette population particulière : facteurs de risque et/ou indicateurs de risque, c) un choix de l'action déterminé par un processus de décision technique, multidisciplinaire, d) l'existence de moyens capables de répondre à la maladie ou de la prévenir ».

³ R. Hansen et D. King (2001) ont remarqué la même chose pour les politiques eugéniques : si le Royaume-Uni possédait les conditions institutionnelles pour mettre en œuvre de telles politiques, il ne le fera pourtant pas, contrairement aux États-Unis.

⁴ Selon les propos de S. Herberg reproduits dans « Obésité : la France sur la voie des États-Unis », *Le Monde*, 20 janvier 2006.

⁵ Encore que la mise sur agenda peut aussi être envisagée comme un phénomène plus ou moins automatique : pensons aux débats budgétaires, qui ont lieu tous les ans à date plus ou moins fixes, aux revalorisations de certaines allocations indexées sur l'inflation et sur lesquelles le politique perd donc toute prise (Weaver, 1986).

entre une situation précédente et une nouvelle situation résultant de la prise en considération d'un problème porté par les acteurs (Padioleau, 1982).

C'est notamment le cas chez J. Kingdon (1984) qui met en avant à la fois la rationalité limitée de ces acteurs et leur implication vive dans le mouvement de mise sur agenda. Deux catégories de facteurs peuvent influencer l'agenda selon J. Kingdon : les participants actifs dans le processus de mise sur agenda, et les processus eux-mêmes qu'il divise en trois courants (celui des problèmes, celui des politiques publiques, celui de la politique). La réunion de ces trois courants permet l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité politique, qui peut être plus ou moins importante selon les circonstances et permettre ainsi des changements plus conséquents (Keeler, 1993). Ces fenêtres offrent des opportunités d'action pour des initiatives données, mais seulement sur l'agenda gouvernemental. Le rôle des entrepreneurs politiques est ici fondamental puisque ce sont eux qui permettent la conjonction des trois courants : ils se tiennent prêts à proposer des idées (courant des problèmes) et des solutions qui leur sont attachées (courant des politiques publiques) au moment où le courant politique évolue sous l'effet de facteurs internes (élections, changements dans l'administration, campagnes de pression des groupes d'intérêt). Mais J. Kingdon, comme ces prédécesseurs, n'analyse pas la dimension temporelle des courants et ne parvient pas à expliquer pourquoi les courants ne se réunissent pas toujours et produisent partout du changement (Gent, 2000).

Cependant, l'approche par les courants de J. Kingdon est intéressante car elle permet d'étudier la mise sur agenda non seulement comme un processus dynamique, mais également comme le résultat de différents phénomènes n'ayant pas une même temporalité. Par exemple le courant des problèmes : un problème met du temps avant d'être construit, défini et pris en compte par des acteurs, avant d'être inscrit sur l'agenda systémique, puis institutionnel. Il en va ainsi de l'obésité comme nous le verrons ici. Le courant des politiques publiques repose sur l'idée de la « soupe primitive » où les solutions se retrouvent, s'entrechoquent, se recombinent. Le rôle des institutions est donc fondamental, dans le sens où elles structurent les façons de voir et de penser ces solutions ; ceci est désormais bien appréhendé par les théories néo-institutionnalistes, qui considèrent que les institutions ont des effets durables sur les manières de penser, sur les pratiques et la façon dont émergent les problèmes publics. Enfin, le courant politique a un effet puissant sur l'agenda, car il détermine l'apparition des fenêtres d'opportunité : il agit donc sur des temporalités très courtes où le jeu des acteurs est d'importance. Si les intérêts des acteurs peuvent se construire sur le long terme, il n'en demeure pas moins qu'ils permettent le changement sur le court terme, à un moment où les deux premiers courants « kingdoniens » croisent ce troisième. On peut faire ici l'analogie avec l'analyse par les « trois I » que B. Palier et Y. Surel (2005, p. 29-30) ont mis en forme, chaque « I » étant rythmé par des temporalités différentes, respectivement longue pour les idées, moyenne pour les institutions et courte pour les intérêts. G. Bonoli (2007) a pu montrer combien il était important de voir à quel moment le changement s'est opéré pour comprendre les contraintes rencontrées par les acteurs. En croisant ces deux approches, il devient possible de comprendre comment l'obésité a été portée sur l'agenda gouvernemental en France et au Royaume-Uni au début des années 2000.

Ce chapitre entend montrer que la mise sur agenda de l'obésité a nécessité l'existence de trois conditions distinctes : la première tient à la définition même du problème, l'obésité ne devant plus être complètement considérée comme relevant de la responsabilité individuelle. La deuxième a trait à l'existence de conditions institutionnelles favorables pour penser et mettre en œuvre des solutions. Ces deux conditions facilitent la troisième, à savoir la présence d'acteurs/d'entrepreneurs politiques capables de porter cette problématique sur l'agenda. Ce n'est qu'au prix de l'interaction de ces trois conditions que l'obésité est parvenue sur l'agenda.

En détail, par la temporalité longue, on apprend ainsi que l'obésité n'a pas toujours été appréhendée en tant que problème médical, mais qu'elle était au XIX^e siècle une situation plus ou moins acceptée socialement ; or, un changement des valeurs esthétiques au tournant du siècle a conduit à stigmatiser de plus en plus les personnes en surpoids ou obèses. La prise en charge de cet état par le corps médical a entraîné une médicalisation de cette condition, sans pour autant en réduire le caractère stigmatisant. La multiplication du nombre de cas d'obèses à partir des années 1980 a amené finalement les autorités sanitaires à parler d'un problème de santé publique à propos de l'obésité.

Par la temporalité moyenne, on replace le développement de politiques préventives contre l'obésité dans le développement des politiques de santé publique dans les pays occidentaux à partir des années 1970. Face aux crises sanitaires, notamment celles liées à l'alimentation, les anciens arrangements institutionnels ont été détruits pour insérer des problématiques de prévention et de santé publique. Les ministères de la Santé ont pris un nouveau leadership dans des domaines dont ils étaient auparavant exclus, comme sur la politique alimentaire.

Enfin, par la temporalité courte, il s'agira de replacer le comportement des acteurs et entrepreneurs politiques dans leur contexte. Ces acteurs ne pouvaient agir avant que le problème ne soit qualifié en problème de santé publique, et avant que des logiques de prévention n'aient pénétré le secteur de l'alimentation. Cela est montré par le cas britannique où l'obésité a progressé bien plus tôt qu'en France, mais où les actions de santé publique ont été malgré tout lancées presque en même temps que dans l'hexagone.

Ce chapitre se base sur une comparaison entre deux études de cas, dans une perspective de *most dissimilar systems design* (Landman, 2003), ou plutôt ici de *relatively dissimilar systems design* : nous nous trouvons en présence de deux cas nationaux qui ont des systèmes de santé publique relativement différents mais qui vont pourtant se saisir du problème de l'obésité de façon à peu près semblable et au même moment. En revanche, la mise en œuvre de solutions révélera des politiques à la fois semblables et différentes, semblables quant aux objectifs et aux principes qui les guident, différentes quant au ciblage et à l'intensité des mesures prises.

Deux hypothèses vont servir de fil conducteur à ce chapitre. La première soutient que si l'obésité finit par être définie comme un problème de santé publique imputant une partie de la responsabilité à la société, alors elle pourra être portée sur l'agenda. Nous touchons ici aux théories du cadrage (*framing*) des problèmes : pour que ces derniers accèdent à l'agenda, les acteurs doivent les cadrer, les définir d'une certaine manière afin de faciliter ce processus (Gusfield, 1984 ; Iyengar, 1990 ; Nathanson, 1996, 1999 ; Stone, 1997). La seconde a trait aux rapports de force institutionnels : tant que les ministères de la Santé ne sont pas parvenus à s'imposer dans le champ de la nutrition, alors aucune action de prévention n'est possible sur l'obésité. Pour tester ces hypothèses, on montrera que pour comprendre l'émergence et la mise sur agenda de l'obésité, il est donc nécessaire de prendre en compte trois temporalités de l'action publique correspondant à des rythmes cognitifs, institutionnels et stratégiques différents. Ce chapitre est ainsi organisé en trois parties, correspondant à une analyse des trois temporalités précédemment définies.

D'UN PROBLEME ESTHETIQUE A UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Comme d'autres problèmes de santé publique (alcoolisme, tabagisme), l'obésité a longtemps été perçue comme un problème moral, de faiblesse de la volonté individuelle, avant aujourd'hui d'être appréhendée sous l'angle de facteurs autres qu'individuels (environnementaux, socio-économiques). Il est intéressant de constater que l'évolution de la vision principale de l'obésité à une époque a suivi un cours relativement parallèle dans le temps en France et au Royaume-Uni, et les Etats-Unis à l'arrière plan. En tant que phénomène mondial, on comprend d'autant mieux l'influence qu'exerce ce dernier pays, autant sur la définition du problème que sur le savoir médical ou la prise de conscience de l'ampleur et de la dangerosité de la maladie, et l'influence d'une organisation internationale comme l'OMS, également sur la définition et la recherche de solutions. C'est pourquoi nous traitons l'obésité ici comme un fait transnational.

Nous abordons dans cette partie la première condition, soit la dimension cognitive de l'obésité, afin de saisir l'importance de la définition d'un problème en problème de santé publique. Trois phases sont ici distinguées.

Le changement des valeurs culturelles au tournant du XX^e siècle.

Un changement des valeurs culturelles sur la question du poids et de la grosseur a été opéré au tournant au XX^e siècle dans les pays occidentaux. Il était en effet bien vu d'avoir quelques rondeurs au XIX^e siècle, ceci étant la marque de la richesse et de la santé (Aron, 1976 ; Fischler, 1987). Cependant,

il ne faudrait pas caricaturer en pensant que l'obésité était socialement acceptable au XIX^e siècle et inacceptable au XX^e. Avoir du ventre ne veut pas dire être obèse : ce qu'on appellerait aujourd'hui être en surpoids ne correspondrait pas à une situation anormale pour une personne du XIX^e siècle, tandis qu'être obèse ne l'était pas moins qu'aujourd'hui (Fischler, 1987, p. 260). Chaque époque fait ainsi une différence entre les gourmands, auxquels on passe les excès, et les gloutons, qui sont plutôt rejetés de la société, entre les « bons gros », qui sont sympathiques et joviaux, et les gros obèses, qui représentent la maladie et la déprime, des gens que l'on estime mal dans leur peau.

Le début du XX^e siècle voit la transformation des normes culturelles vers la minceur. P. Stearns (2002, p. 11 et suiv.) distingue trois raisons principales aux Etats-Unis. La première concerne la mode : même si des signaux contradictoires proviennent du monde de la mode, la tendance est cependant à la minceur, favorisée par le développement du prêt-à-porter et la standardisation des vêtements. Les magazines féminins relaient cette évolution et en font état dans leurs pages ou dans le courrier des lectrices⁶. Ces nouveaux jugements esthétiques favorables à la minceur ne sont pas l'apanage des femmes, puisque les magazines masculins de l'époque mettent en avant la nécessité pour l'homme de développer sa masse musculaire, l'importance du *bodybuilding*. Les deux autres raisons distinguées par P. Stearns concernent la mise sur le marché de produits et de procédés pour maigrir, comme des pilules miracles ou des régimes, et l'apparition de nouvelles perceptions de la graisse, avec la croyance qui se répand à partir des années 1890 que le gras est mauvais à la santé. « *What was happening between the 1880s and 1920 was a moral mobilization against fat among respectable Americans* » (Stearns, 2002, p. 23). Ce qui est intéressant ici est de constater que ce phénomène s'observe également en France et au Royaume-Uni de la même manière, tant au niveau de la mode que de l'art ou des images véhiculées par les médias, avec toutefois une moins grande focalisation sur le gras.

Les médecins accompagnent ce mouvement socioculturel plus qu'ils ne le provoquent. Il faut dire que les connaissances médicales en nutrition se développent depuis peu alors, avec des chercheurs comme W.O. Atwater (Aronson, 1982). Il n'y pas d'unanimité dans la sphère médicale sur la question de la perte de poids, mais un consensus croissant ; les médecins reconnaissent que de plus en plus d'obésités résultent d'une suralimentation, et non de problèmes héréditaires ou endocriniens. Certains donnent des conseils pour perdre du poids ou faire de l'activité physique. Entre 1900 et 1914, de 12 à 14 grandes études sur le même sujet sont publiées en France, sans compter les articles médicaux. On s'intéresse aussi à l'obésité infantile, dont on note la fréquence. Des travaux similaires sont menés en Allemagne et Royaume-Uni.

Le XX^e siècle marque donc l'apparition de phénomènes que l'on retrouvera par la suite : une moralisation croissante de la question du poids – avec l'obésité frappée d'inesthétisme et une stigmatisation des obèses pour leur physique – et la place graduellement prise par le corps médical dans cette question. Ces deux dimensions se révéleront cruciales quant à la question de la définition du problème.

D'un problème esthétique à un problème médical et social.

Les années 1920 marquent la consécration du culte de la minceur, désormais solidement associée au fait d'être en bonne santé. Si la première phase était plutôt neutre au niveau du genre, le mouvement touche désormais davantage les femmes que les hommes.⁷ L'obésité est clairement rejetée, dévalorisée, stigmatisée. La grosseur devient disgracieuse, voire amoral. L'obèse est considéré comme un glouton, un gourmand qui ne sait pas s'arrêter de manger, une personne sans volonté.

Parallèlement se développe un processus de prise en charge du surpoids par les professions médicales. D'abord dans le sens d'une meilleure définition de l'obésité et de ses conséquences pour la santé. Jusqu'ici, aucun instrument scientifique ne semble faire autorité. Dès le début du siècle, les

⁶ Le magazine le plus lu de l'époque, *Ladies Home Journal*, publie ses premiers articles sur le poids en 1891, puis à partir de 1895 aborde de plus en plus le thème du surpoids dans les réponses au courrier des lectrices (Stearns, 2002).

⁷ P. Stearns (2002, p. 71) parle de « phase misogyne ».

compagnies d'assurance ont cherché de leur côté à élaborer une mesure exacte de l'effet du poids sur la santé. En 1942, la *Metropolitan Life Insurance Company* (MetLife) de New York produit, à partir des données recueillies sur les assurés, les premières tables du « poids corporel idéal », c'est-à-dire celui qui à une taille donnée assure la longévité maximum. Ces tables sont révisées à la baisse en 1959, puis à la hausse en 1983, modifiant de fait la mesure de l'obésité et les principes de normalité corporelle (Gaesser, 1999).

Les études médicales de l'époque reprennent les chiffres de la MetLife comme base pour évaluer la prévalence de l'obésité. Des chercheurs essaient pourtant d'autres méthodes. La supériorité de l'indice de masse corporelle par rapport aux autres indices pour estimer le rapport entre le poids et la mortalité est démontrée en 1972 (Keys *et al.*, 1972), mais il faudra attendre les années 1990 pour qu'il soit utilisé par tous, avec les tentatives d'harmonisation de l'OMS.

On assiste donc depuis le début des années 1950 à une médicalisation du problème de l'obésité. « *Medicalization of obesity occurred as medical people and their allies made increasingly frequent, powerful, and persuasive claims that they should exercise social control over fatness in contemporary society. Claims supporting medicalization occurred in many forms: naming, defining obesity as a disease, organizational activities, and applications of medical treatments* » (Sobal, 1995, p. 69).

La communauté médicale commence également à s'organiser en sociétés, en associations et même en spécialités sur l'obésité, comme celle de la chirurgie bariatrique aux États-Unis. On observe une médicalisation très poussée des régimes destinés à perdre du poids ; les groupes *Weight Watchers* sont fondés en 1963 aux États-Unis par une mère au foyer, avant d'être disséminés dans le monde. La plupart de ces organisations qui aident les gens à perdre du poids ont été créées par des groupes non médicaux, mais elles sont largement tournées vers l'application de modèles médicaux dans le traitement de l'obésité.

Corrélativement, de nouvelles études tentent d'apprécier la vision que l'obésité provoque dans la société, ses causes et ses conséquences pour les personnes. Le premier article à renseigner une relation « surprenante » (« *striking* »), selon les mots des auteurs, entre l'obésité et la situation sociale des obèses paraît en 1962 : on découvre ainsi que les personnes de catégories sociales défavorisées sont beaucoup plus touchées par l'obésité que les personnes de catégories sociales supérieures. D'autres études publiées dans les années suivantes confirmeront cette découverte. Loin d'être un simple phénomène physiologique, l'obésité apparaît être également un phénomène social, c'est-à-dire la réponse normale de personnes dans certains segments de la société face aux attentes de leur milieu social. En parallèle, des études psychologiques mettent en évidence la stigmatisation de l'obésité dans la société américaine, l'apparentant même parfois à du racisme. Par ces nombreuses études, il est donc possible d'avoir une vision plus complexe de l'obésité dans les sociétés occidentales : nous n'avons pas affaire à de simples gloutons, mais à une condition socialement stigmatisante pour les personnes qui en souffrent et qui tend à être de plus en plus prise en charge par la médecine, elle-même dépréciant les obèses (Poulain, 2002, p. 106). Ces jugements négatifs de la population ont en général un point commun : l'idée que la personne obèse est responsable de sa situation, qu'il est possible de réguler soi-même son poids, dans une sorte d'ascétisme protestant où les gens n'ont que ce qu'ils méritent. La liaison entre l'obésité et le péché est très présente aux États-Unis.

Ainsi le processus de construction de l'obésité en tant que problème s'enrichit de nouvelles dimensions et de nouveaux acteurs (médecins, compagnies d'assurance, groupes de malades), d'abord par le traitement médical de la question, ensuite par l'identification de ses causes et de ses conséquences sociales.

D'un problème médical et social à un problème de santé publique.

On arrive donc en fin de siècle avec une vision beaucoup plus étoffée de l'obésité, qui se double d'un impératif à être mince ; la minceur est un signe de réussite sociale, de contrôle de soi et de sa volonté. Ce genre de discours s'accorde parfaitement avec les idées diffusées par la nouvelle santé publique, idées que nous verrons plus longuement dans la deuxième partie, mais dont nous pouvons déjà ici souligner les rapprochements. Prendre du poids souligne l'échec de l'individu à savoir et pouvoir se contrôler, une personne irresponsable en quelque sorte, incapable de prendre soin de sa santé, et qui en

plus coûte cher au système de soins de santé en remboursements. La définition du problème ne s'accorde pas encore avec une mise sur agenda : trop individualisé, il ne peut compter être pris en compte par les pouvoirs publics (Cobb, Elder, 1972 ; Padioleau, 1982 ; Favre, 1992).

En s'intéressant à l'obésité, la médecine met à jour ses liens avec différentes pathologies ; les études épidémiologiques montrent que l'obésité est cause de maladies cardio-vasculaires, du diabète de type 2, de problèmes respiratoires, de maladies endocriniennes, *etc.* Cette approche par les facteurs de risque a été largement développée à partir des années 1950, dans la suite des travaux sur l'alcool ou le tabac : il s'agit ainsi de mettre en relation un état pathologique avec d'autres états pathologiques (Berlivet, 2005). L'OMS classe l'obésité comme une maladie dans l'*International Classification of Diseases* en 1990, et commence à partir du début de cette décennie à se pencher sur le problème et celui plus général des maladies liées à la nutrition dans un contexte d'augmentation des maladies non infectieuses et chroniques sur toute la planète.

Ce contexte pèse lourdement sur la prise en compte de l'obésité en tant que problème. Les années 1980 sont marquées par l'augmentation très rapide de sa prévalence dans certains pays, comme les Etats-Unis (où l'obésité progresse même depuis la décennie précédente) et le Royaume-Uni. Si nous prenons le cas du surpoids et de l'obésité infantile, nous pouvons observer que les pays européens se trouvent à peu près au même niveau au milieu des années 1980, avec une prévalence située aux environs de 6-8 %. C'est alors que le niveau anglais décolle sensiblement pour atteindre en 2004 en moyenne 33 % chez les garçons de 2 à 15 ans, et 35 % chez les filles du même âge (DoH, 2004).

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est ainsi mesurée par des indicateurs qui assurent une fonction de veille pour l'administration sanitaire : ils permettent une première émergence automatique (Favre, 1992) de la condition en Angleterre dans les années 1980 et au début des années 1990, en tant que facteur de risque pour le problème plus général des maladies cardiovasculaires (MCV). Ces dernières ont été portées sur l'agenda dans les années 1970 à la faveur de deux phénomènes : les données épidémiologiques montraient que le royaume se trouvait parmi les pays connaissant la pire prévalence des MCV parmi sa population ; la polémique concernant le rapport entre santé et alimentation, où les experts ont accusé le gouvernement d'avoir atténué des recommandations officielles sous la pression des industriels de l'agroalimentaire et du ministère de l'Agriculture, donnant des allures de scandale à des débats scientifiques (Cannon, 1988 ; Mills, 1992). Concrètement, cette émergence se matérialise dans la stratégie de santé publique déployée en 1992 suite au Livre blanc *The Health of the Nation* (DoH, 1992) ; ce dernier identifie cinq domaines-clés d'action pour améliorer l'état de santé de la population anglaise, dont celui des maladies coronariennes ; et parmi les neuf objectifs présentés, un entend réduire l'obésité de 25 % chez les hommes et 33 % chez les femmes d'ici à 2005.

La progression de la maladie chez les enfants français ne survient véritablement que dans la première moitié de la décennie 1990, soit presque dix ans plus tard que le Royaume-Uni. Mais en vérité, il est assez difficile d'avoir des chiffres précis, tant la disparité des méthodes et des populations étudiées est grande ; une chose est certaine cependant : le surpoids et l'obésité augmentent. Mais en France, le problème de l'obésité ne semble pas émerger dans ce premier temps.

L'OMS parle d'épidémie d'obésité depuis 1998. Le terme « épidémie » a en lui-même une connotation et une intensité dramatique très fortes ; à tel point que l'on pourrait même dire qu'il y a une utilisation épidémique du terme « épidémie » à propos de l'obésité (Schlesinger, 2005, p. 793) : en 1998, E. Oliver et T. Lee (2005, p. 924) ont compté 48 articles associant « obésité » et « épidémie » dans les principales publications américaines ; en 2004, plus de 700.

L'organisation internationale a beaucoup œuvré pour une reconnaissance mondiale du problème de la nutrition : l'OMS Europe montrait dans un rapport en 1988 l'importance de l'alimentation dans la prévention des maladies chroniques, suivi deux ans plus tard par un rapport global de l'OMS faisant des recommandations sur les apports nutritionnels (OMS, 1990). Et elle se penchait dans ce même rapport sur l'obésité, aux côtés d'autres parties consacrées aux carences nutritionnelles, aux cancers, aux maladies coronariennes, *etc.* Ce rapport sera très contesté par la suite par les industries agroalimentaires (Lang, Heasman, 2004, p. 66-67). En 1995, elle lance un nouveau groupe de travail, sous l'égide du professeur P. James, spécifiquement consacré à l'obésité. Deux ans plus tard, ce groupe remet un rapport

qui pour beaucoup d'observateurs⁸ fait prendre conscience du phénomène, aux niveaux international et nationaux.

Ainsi nous avons pu montrer comment la définition de l'obésité a évolué, passant d'une vision essentiellement esthétique avant d'être définie comme un problème médical, puis comme une question de santé publique. Différents acteurs interviennent dans ce processus : les professions médicales bien sûr, les épidémiologistes, les autorités sanitaires, les magazines féminins et masculins, les industries de la perte de poids et de la mode, les compagnies d'assurance, *etc.* Une définition prépondérante à un moment n'entraîne pas l'absence des autres ; ces dernières continuent d'influencer la manière d'appréhender du problème, provoquent des résistances, mais se retrouvent malgré tout en retrait. La nouvelle vision de l'obésité en tant que problème épidémiologique est produite par une multiplication des indicateurs montrant la progression très rapide de sa prévalence, et ce dans les deux cas nationaux ; or, nous savons de par J. Kingdon (1984, p. 97) que les indicateurs sont de précieux outils du courant des problèmes puisqu'ils permettent de les rendre visibles. Elle est produite également par une nouvelle appréhension du rôle des facteurs sociaux et environnementaux qui entourent l'obésité. Le fait d'être catégorisée en épidémie et en problème de santé publique a facilité la mise sur agenda de l'obésité, ainsi que le montre le cas du Royaume-Uni qui n'avait encore rien entrepris au milieu des années 1990 ; il en a été de même pour le tabagisme où il a été nécessaire d'élargir la définition du problème, et d'en placer la responsabilité (au moins en partie) en dehors de la sphère individuelle pour engager des actions publiques (Stone, 1997, p. 189 ; Nathanson, 1999). On mesure ici l'importance du cadrage pour la mise sur agenda. Ce n'est qu'à ces conditions cognitives qu'un problème de santé pourra être pris en charge par les pouvoirs publics, et des solutions recherchées ; nous répondons ici en partie à la première hypothèse, à savoir que seul le cadrage de l'obésité en problème de santé publique lui permet d'accéder à l'agenda en France et au Royaume-Uni. Mais ce n'est pas là la seule condition : encore faut-il que le système politique soit capable de penser et de produire ces solutions.

L'ÉMERGENCE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE DEPUIS LES ANNÉES 1970.

Les institutions possèdent également leur propre temporalité. Dans le cas qui nous concerne, nous pouvons distinguer un changement dans l'orientation (théorique) des institutions et politiques de santé dans de nombreux pays occidentaux à partir des années 1970. D'un modèle très curatif et centré sur la maladie individuelle, les systèmes de soins développent progressivement des politiques de santé publique et d'éducation à la santé, plus axées sur la prévention et le traitement collectif des pathologies. Nous abordons ici la deuxième condition à la mise sur agenda politique de l'obésité, à savoir sa condition institutionnelle, celle qui produit les solutions.

Les critiques du modèle du « tout-curatif ».

Alors que les systèmes de soins de santé sont depuis les années 1930, et encore plus depuis la création des États providence, largement tournés vers le curatif, la nécessité de politiques de prévention connaît une renaissance – sous le nom de « nouvelle santé publique » – sous l'effet de trois tendances. D'abord la crise économique, qui amène les gouvernements à tenter de limiter la progression des dépenses de santé. Ils cherchent alors des solutions pour essayer de dépenser moins et mieux. Ensuite l'émergence de critiques très virulentes à l'égard des systèmes de soins de santé qui posent la question de leur efficacité et de la médicalisation de la société. Parmi ces voix critiques, nous trouvons des auteurs comme A.L. Cochrane, T. McKeown ou encore I. Illich, ce dernier dénonçant la médicalisation de la société et de la santé, ainsi que la façon dont la médecine s'attaque aux problèmes sociaux en les étiquetant problèmes de santé. Cette critique de la médicalisation a également été formulée par des auteurs féministes ou par M. Foucault (Lupton, 1997). Enfin, dernière tendance de fond, c'est la progression très rapide de la prévalence des maladies non infectieuses, comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires, *etc.*, c'est-à-dire des pathologies que la médecine moderne peut soigner actuellement, mais pour lesquelles les traitements sont très lourds et très chers : dans un contexte de

⁸ Entretien avec un chercheur sur l'obésité, 20 mars 2007 ; entretien avec un médecin nutritionniste, 30 mars 2007.

rareté des ressources disponibles sur la santé, la progression de ces pathologies représente une menace sérieuse pour les systèmes de soins.

Sans compter l'apparition de nouvelles épidémies, dont la plus importante reste celle du Sida. Si les problèmes liés à l'alcoolisme ou au tabagisme sont désormais mieux appréhendés, ce n'est pas le cas du Sida qui fait son apparition dans le monde occidental à cette époque et qui se répand très rapidement. « Le sida au début des années 80 n'a donc aucune raison d'exister puisque personne ne l'attend, ne le comprend ni ne l'accepte » (Setbon, 1993, p. 38) : il est perçu comme une maladie étrangère (américaine ou africaine), une punition pour des comportements fautifs (puisqu'il touche essentiellement des homosexuels ou des toxicomanes au départ), et de toute façon, on compte peu de malades. Aucun traitement existant n'est efficace ; la maladie sort de l'entendement médical commun ; elle n'intéresse que des groupes marginaux dans l'administration et la recherche. Les pouvoirs publics sont aveugles et font confiance à leur élite médicale. Les premières mesures arriveront un peu trop tard pour éviter la contamination par les produits sanguins (Street, 1988 ; Setbon, 1993 ; Steffen, 1999). L'affaire du sang contaminé, suivie par celles de l'encéphalite spongiforme bovine (ESB) et de la listériose dans les années 1990, vont provoquer un bouleversement des structures sanitaires dans les deux pays, avec la mise en place, par exemple en France, des différentes agences de sécurité sanitaire.⁹

Il apparaît ainsi de plus en plus clair aux yeux des pouvoirs publics que la médecine ne peut régler tous les problèmes de santé (Hunter, 2003, p. 35). De nouvelles voies sont explorées. Le premier document officiel sur la question de la prévention émane du ministre canadien de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Lalonde qui publie en 1974 le rapport *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Il sera suivi de nombreux autres rapports dans les pays occidentaux sur la façon de privilégier les approches de santé publique, comme aux Etats-Unis¹⁰, mais aussi par l'OMS¹¹. Cependant, de même que pour le rapport Lalonde (Legowski, McKay, 2000), ces différents éléments ne parviennent à faire fléchir le paradigme fermement axé sur les soins de santé qu'à la marge (Loriol, 2002, p. 18 ; Hunter, 2003, p. 161-162). Il ne faut donc pas croire que toutes les politiques de santé se tournent désormais vers la prévention, mais il est vrai que cette approche transparaît de plus en plus, notamment avec l'obésité.

Les évolutions dans les cadres nationaux britannique et français.

Au Royaume-Uni, la création du *National Health Service* (NHS) en 1948 devait amener à penser la santé dans une dimension plus collective en mettant en place un système de santé cohérent, unifié et accessible à tous les citoyens. Le NHS récupérerait notamment les compétences en matière hospitalière des *medical officers of health* (MoH) – chargés de la santé de la population au niveau local –, ces derniers se concentrant désormais sur leur rôle de santé publique (surveillance et prévention). Les MoH sont supprimés en 1968, et la santé publique renaît sous le nom de médecine communautaire en 1974. Pourtant, malgré l'existence d'écoles de santé publique de haut niveau, d'institutions et d'acteurs, la santé publique parvient difficilement à imposer ses pratiques dans le système, et est même profondément affectée par l'organisation du NHS. Ainsi, la publication par le gouvernement travailliste en 1976 d'un document consultatif *Prevention and Health: Everybody's Business. A Reassessment of Public and Personal Health* devait permettre d'orienter le système de soins vers plus de prévention. Mais le livre blanc *Prevention and Health* qui en résulte est resté très prudent dans les stratégies potentielles d'interventions futures, appelant seulement les individus à penser plus en termes de prévention.

De nombreux groupes d'intérêt se retrouvent dans les années 1980 sur l'idée de l'adoption d'une stratégie nationale de santé publique ; ils parviennent à former des liens avec des parlementaires sur certains sujets spécifiques, ainsi qu'à cadrer la perception du public sur les questions d'environnement et de prévention (Baggott, 2000, p. 52-53). Mais ce sont les crises sanitaires qui vont donner une forte impulsion à la santé publique, celle de la salmonellose en 1984 et de la légionellose en 1985, et bien sûr celle du Sida à partir de 1982. Le rapport de D. Acheson *Public Health in England* en 1988 appelle au

⁹ Pour une définition de la sécurité sanitaire, voir Tabuteau (2002, p. 23) et Setbon (2004, p. 17).

¹⁰ 1979 : rapport *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, DHEW.

¹¹ Septembre 1978 : déclaration d'Alma-Ata ; 1981 : rapport *Health for All by the Year 2000* ; 1982 : initiative *Healthy Cities* ; novembre 1986 : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

développement de mesures fortes sur la promotion de la santé publique et de politiques de santé publique. Malgré ses nombreuses lacunes, le rapport Acheson est devenu une référence pour les politiques sanitaires futures.

Il est suivi de nouveaux rapports et livres blancs sur la santé publique en Angleterre : *The Health of the Nation* en juillet 1992 (DoH, 1992) constitue ainsi la première stratégie de santé publique du pays. Mais les objectifs ambitieux du programme ne parviennent pas à inverser le cours des choses, le curatif dominant toujours très largement le système (Hunter, 2003, p. 53-56). Le gouvernement travailliste issu des élections de 1997, promet une nouvelle méthode, en prenant en compte les échecs de celle de 1992. Dans la suite du rapport Black de 1982, qui le premier a fait le point sur les inégalités en santé, le gouvernement Blair engage une réflexion sur cette question et publie un livre blanc en 1999 *Saving Lives: Our Healthier Nation* sur sa stratégie générale de santé publique. La question de l'organisation et de l'efficacité de la santé publique fait donc l'objet d'une forte attention politique au Royaume-Uni, même si cela est rarement suivi d'effets.

La santé publique fait encore plus figure de parent pauvre dans les politiques de santé en France dans les années 1970. La faiblesse organisationnelle de la santé publique y est criante au sortir de la Seconde guerre mondiale, son administration étant « mi-ignorée, mi-méprisée » selon les mots de L. Murard et P. Zylbermann. Le ministère de la Santé est un ministère sans prestige, sans moyens et sans pouvoirs (Jobert, 1985, p. 324-325). La profession médicale, et parmi elle les hospitalo-universitaires, parvient à imposer le modèle curatif, ce que M. Setbon appelle le modèle de « santé-maladie » (Setbon, 1993, p. 42). S'engage une désaffection de la recherche sur les épidémies et les maladies infectieuses. Par contrecoup, la santé publique n'est plus perçue comme une activité noble par le corps médical, et se retrouve délaissée. La réorganisation des études médicales en 1959-1960 a entraîné en effet un centrage du système de soins sur l'hôpital où pratiquent les spécialistes, les généralistes se trouvant décentrés et peu pris en compte. Les années 1970 n'y changeront rien, quoique des velléités de changement aient pu se faire jour dans l'appareil administratif français (Jobert, 1981, p. 184). Mais les rapports de force existant dans le secteur sanitaire étaient alors totalement défavorables au ministère de la Santé, secteur où régnaient les hospitalo-universitaires, le ministère des Finances et le patronat par l'entremise de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), si bien que la tentative a fait long feu.

C'est dans ce contexte que sont apparues les crises sanitaires des années 1980 comme celle du Sida, maladie qui ne pouvait être comprise selon la vision curative en raison de ses dimensions sociales, culturelles et en l'absence de traitement. Bientôt rejoint par les affaires du sang contaminé, de la vache folle, de la listéria ou de l'amiante, le Sida a ouvert une période de crise politique et de remise en cause du modèle du tout curatif. La crise financière de l'Etat providence aidant¹², la santé publique est remise à l'honneur. S'engage dès lors une réflexion sur l'organisation administrative de la santé en France qui aboutit à son renforcement par la création d'agences sanitaires (Tabuteau, 2002 ; Besançon, 2004). Leur mise en place en trois vagues (fin des années 1980 ; 1992 ; 1998) amène une nouvelle perspective de la santé, désormais pensée de manière plus globale et en relation avec son environnement.

Penser des solutions ou comment traiter un problème de santé publique.

Qualifier un fait social comme un problème de santé publique implique désormais au niveau international des solutions particulières, pensées par un corps de doctrine depuis une trentaine d'années. Les politiques de prévention sont envisagées depuis lors comme des politiques majoritairement centrées sur le comportement individuel au moyen de stratégies de communication de masse. La cible étant la population ou des groupes dans la population, les actions centrées sur l'individu se trouvent réduites au profit de mesures visant à faire changer le comportement collectif. Ces stratégies incluent principalement des campagnes d'éducation et de promotion de la santé (Berlivet, 1997, 2004), et plus spécifiquement sur l'obésité (OMS, 1997), la promotion des fruits et légumes (au moins cinq par jour), de l'activité physique au quotidien (au moins une demi-heure de marche rapide par jour), de la diversification des aliments (manger de tout) dans des repas structurés (pas de prise alimentaire hors

¹² Les mesures de prévention sont censées coûter moins cher, même si cela est contesté sur le long terme (Baggott, 2000, p. 51 ; Rose, 2001, p. 2-4).

repas), un meilleur étiquetage des aliments,... En général, ces actions sont menées en direction de la population, des enfants dans les écoles, sur les lieux de travail ou dans les établissements de soins (hôpitaux, maisons de retraite). Les messages développés par les autorités sanitaires dans les deux pays se veulent simples et accessibles à tous.

Au niveau français, la direction générale de la Santé (DGS), c'est-à-dire la principale administration de santé publique, a commencé à aborder les questions de nutrition dans l'optique d'en faire un thème pour la présidence française de l'Union européenne au second semestre de l'année 2000. Un rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP, 2000) a fait le point sur l'état des connaissances à propos de l'évolution des comportements alimentaires, des déterminants de la consommation, de l'influence de la nutrition sur les maladies chroniques, et a développé également de nombreuses recommandations pour faire progresser la prise en compte des questions de santé dans l'alimentation. Cependant, jusqu'ici, tout cela est resté à un niveau administratif encore assez confidentiel, le processus touchant peu de personnes et l'Etat en gardant toute la maîtrise dans un petit cercle formé d'experts en nutrition et de hauts-fonctionnaires ; aucune décision concrète n'a été prise par le politique. De leur côté, les industriels de l'agroalimentaire ne sont pas associés à la réflexion, et ne se sont pas encore mobilisés ; certains réfléchissaient d'ailleurs déjà à la façon d'améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits.

Au Royaume-Uni en revanche, des objectifs nutritionnels ont déjà été posés dès 1992 – même si le *National Audit Office* (NAO)¹³ a pu montrer dans un rapport de 1996 que les tendances de l'obésité étaient toujours à la hausse (NAO, 1996). Il est vrai que les acteurs de santé sont mieux intégrés dans le système de santé britannique, à la fois par leurs institutions (écoles, centres de recherches), leur position dans le NHS ou par leur syndicat professionnel (*British Medical Association, Royal College of Nurses, etc.*). Ils disposent ainsi de relations directes avec les décideurs politiques. Parmi les figures du monde de la santé publique, nous trouvons P. James, qui a déjà collaboré avec le gouvernement sur la crise de la vache folle, et qui est par ailleurs un nutritionniste très réputé, ainsi que le président de l'*International Obesity Task Force* (IOTF), en grande partie à l'origine du rapport de 1997 de l'OMS (Bufton, 2005). Depuis de nombreuses années, ces spécialistes s'alarment au sujet de la mauvaise alimentation des Britanniques. Mais le gouvernement a de son côté longtemps été très proche des industriels de l'agroalimentaire, édulcorant de la sorte les revendications nutritionnelles (Cannon, 1988 ; Mills, 1993 ; Bufton, 2005). De même qu'en France, les industriels défendent une certaine vision de l'obésité, en mettant par exemple davantage l'accent sur la responsabilité individuelle dans la lutte contre l'obésité que sur une responsabilité de la société ; ils rejettent également toute mesure qui aurait pour effet de dénigrer leurs produits, comme une interdiction des produits gras ou sucrés ou une interdiction de leur promotion.

Ainsi étudier les politiques de lutte contre l'obésité nécessite de comprendre dans quel contexte institutionnel elles s'inscrivent. Elles émergent au moment même où les institutions de santé publique se sont emparées des problématiques alimentaires et ont introduit dans celles-ci des préoccupations de santé publique, en particulier sur le process (sécurité, traçabilité, etc.), mais également sur les aspects nutritionnels (la santé par l'alimentation). Les deux premières conditions évoquées en introduction se trouvent désormais remplies : (1) l'obésité est de plus en plus imputée à des aspects environnementaux et caractérisée comme un problème de santé publique, et (2) les institutions qui sont en place dans les secteurs de la santé et de l'alimentation à la fin des années 1990 favorisent la prise en compte de problématiques sanitaires et de prévention au détriment des approches plus traditionnelles. Mais ce n'est qu'une fois que le courant politique a été mis sous tension que l'obésité a pu être portée sur les agendas gouvernementaux.

LA MISE SUR AGENDA DE L'OBESITE : LE JEU DES INTERETS DANS LES DEUX PAYS.

La troisième condition – la dynamique stratégique – est celle qui permet l'activation du système politique et la mise sur agenda définitive du problème public. Les acteurs bénéficient désormais d'un problème défini dans un sens permettant une action publique, et d'institutions sanitaires capables de penser et mettre en œuvre ces solutions. La mise sur agenda de l'obésité n'a été possible qu'une fois que

¹³ Le NAO est une institution britannique, responsable devant le seul Parlement, et dirigé par le *Comptroller and Auditor General*. Il est chargé d'auditer les comptes de l'État et des organismes publics.

les ministères de la Santé français et britannique sont parvenus à introduire des principes de santé publique dans la politique alimentaire, ce qui nous permet de démontrer notre seconde hypothèse.

Des situations nationales contrastées jusqu'au début des années 1990 sur le rapport alimentation et santé.

L'émergence de l'obésité comme problème de santé public a pris environ 20 ans entre le moment où les premiers indicateurs montrent une augmentation de la prévalence de cette condition – puisqu'elle n'est pas encore considérée unanimement comme une maladie – et le moment où les premières mesures spécifiquement destinées à sa lutte sont mises en place. Entre-temps, l'émergence s'est déroulée de manière contrastée selon le pays que nous prenons.

Au Royaume-Uni, et contrairement à la France, l'obésité émerge une première fois dans les années 1980 et au début des années 1990. Cependant, cette émergence prend toutes les apparences d'une émergence automatique (Favre, 1992). Automatique, parce que le pays, doté d'un système de recueil des données sanitaires sur la population, parvient à identifier la progression de l'obésité, une progression qui interroge les autorités sanitaires. Ainsi, les institutions de santé publique ont été capables d'appréhender un tel phénomène, et ont tenté d'apporter des solutions. Mais l'émergence est également partielle dans le sens où ce n'est pas l'obésité en tant que telle qui émerge, mais l'obésité en tant que facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Il n'y a pas d'autonomisation du problème.

Tout au long des années 1980, le problème des maladies cardiovasculaires a été maintenu sur l'agenda public à cause de l'existence d'une polémique dans le pays concernant le rôle exact de l'alimentation dans le développement de ces maladies. En Grande-Bretagne, la prévalence des maladies cardiaques est à cette époque très élevée, le pays occupant le deuxième rang mondial derrière la Finlande : plus de 180 000 décès par an, occasionnant un coût pour le NHS de 215 millions de livres sterling en 1982 et 25 millions de journées de travail perdues selon les chiffres de 1979/80. Sans compter les conséquences personnelles et sociales (Wheelock, Fallows, 1985). La polémique portait spécifiquement sur les recommandations à conseiller à la population britannique quant à ses habitudes alimentaires. Le gouvernement avait alors choisi les recommandations les moins drastiques parmi deux expertises existantes (Bufon, 2005), et ce pour protéger les industriels de l'agroalimentaire selon certains auteurs (Cannon, 1988). Après de timides mesures de prévention, il décide en 1992 de lancer une ambitieuse stratégie de santé publique, stratégie qui consacre la place occupée par les maladies cardio-vasculaires et qui voit émerger pour la première fois l'obésité sur l'agenda administratif en tant que facteur de risque des maladies cardiaques (DoH, 1992).

En France, il est à remarquer l'absence de toute réflexion sur la place de l'alimentation et de la nutrition dans la santé. D'ailleurs, le rapport du HCSP de 1998 sur la santé en France ne mentionne même pas l'alimentation comme un déterminant de santé (HCSP, 1998). Quatre facteurs concourants peuvent expliquer cette lacune : la faiblesse de la discipline de la nutrition, davantage orientée à l'époque sur les questions de mal- ou de sous-nutrition ; l'absence d'expertise nutritionnelle au sein du ministère de la Santé, mise à part la section nutrition du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; la présence d'un fort schéma cognitif autour du modèle alimentaire français, de la gastronomie et du fameux « paradoxe français »¹⁴ ; et la faiblesse de la prévalence des maladies cardiovasculaires et de l'obésité dans le pays, celle des premières ayant eu même tendance à diminuer dans les années 1980. Faiblesse couplée à une relative absence de données épidémiologiques nationales sur l'obésité à l'époque.

L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité par la crise de l'ESB.

Les crises alimentaires des années 1980 et 1990 ont profondément bouleversé les objectifs et les structures de la politique alimentaire dans les deux pays, entraînant un rééquilibrage des rapports de force en faveur des ministères de la Santé (ou tout du moins d'une approche plus interministérielle) et

¹⁴ Par exemple, on peut lire dans un rapport du HCSP en 1994 que le développement de l'offre alimentaire a beaucoup contribué à l'amélioration de la santé des Français, que les liens entre certaines pathologies et la nutrition doivent encore faire l'objet de recherche, mais aussi qu'il faut « trouver dans notre patrimoine alimentaire la source principale de notre équilibre nutritionnel : les repas structurés sont des facteurs essentiels d'équilibre nutritionnel. L'organisation des prises alimentaires autour de trois repas principaux est donc à maintenir quel que soit l'âge des individus. » (HCSP, 1994, p. 305-306).

au détriment des communautés de politique publique formées par les ministères de l'Agriculture depuis la fin de la Seconde guerre mondiale. En ce sens, elles ouvrent une fenêtre politique aux réformateurs des deux côtés de la Manche afin de procéder à des changements de rapports de force, et facilitent également, voire permettent la mise sur l'agenda des questions nutritionnelles.

La politique alimentaire en vigueur au sortir de la guerre se développe au sein de communautés de politique publique très cloisonnées, formées en France par le ministère de l'Agriculture et la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA), et au Royaume-Uni par le *Ministry of Agriculture, Fisheries and Food* (MAFF) et le *National Farmers Union* (NFU) (Smith, 1991). Il s'agit alors de mettre en place une agriculture très productive afin d'assurer l'indépendance alimentaire de chaque pays et de nourrir les consommateurs. L'irruption des crises alimentaires dans les années 1980 et 1990 bouleverse les arrangements institutionnels existants entre les acteurs de la politique alimentaire.

L'annonce en mars 1996 de la possible transmission de la maladie de la vache folle à l'homme amène cependant les pouvoirs publics à réagir et à proposer de profonds changements institutionnels. En Grande-Bretagne, le nouveau gouvernement Blair confie à P. James la mission de changer la donne dans le secteur alimentaire : son rapport sera à la base de la création de la *Food Standards Agency* en 1999 (Alam, 2003). Les préoccupations sanitaires sont intégrées dans la politique alimentaire avec la création de cette agence et l'implication plus forte du ministère de la Santé (*Department of Health, DoH*) dans ce secteur, notamment par l'entremise de la nutrition.

Le ministère français de l'Agriculture perd de son côté une partie de ses compétences d'expertise et de traitement de la politique alimentaire. La crise de la vache folle permet à un groupe de réformateurs issus de l'équipe Kouchner au ministère de la Santé d'élaborer une réforme de l'expertise sur la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire en général en France (Clergeau, 2000). La loi du 1^{er} juillet 1998 sanctionne l'aboutissement de la mobilisation de ce groupe en créant trois agences : l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Cette dernière agence se retrouve sous la tutelle de trois ministères (Santé, Agriculture et Consommation), et rassemble plusieurs organismes auparavant sous la tutelle du ministère de l'Agriculture.

La crise de la vache folle a donc permis l'ouverture d'une fenêtre suffisamment large pour une réforme en profondeur des arrangements institutionnels dans le secteur alimentaire. L'alimentation est devenue un problème, a été pensée comme un problème ; et la crise qui en a résulté a entraîné une entrée en force de la santé publique, et avec elle de la nutrition, dans le secteur. Mais le couplage (Kingdon, 1984) des trois courants n'est possible qu'à la condition qu'une action publique soit attendue (Padioleau, 1982, p. 23). On retrouve dans ce cas précis le modèle de mise sur agenda par anticipation où les acteurs politiques jouent un rôle moteur, où il y a absence de conflit et de controverse au sein du champ politique sur la nature du problème et les solutions à apporter (Garraud, 1990, p. 36-37), ainsi que nous le verrons par la suite.

Une mise sur agenda de l'obésité au tournant de l'année 2000

En France, la publication d'études médicales et de statistiques renseigne sur la progression de l'obésité, notamment infantile. Peu de données étaient alors disponibles pour mesurer sa prévalence. La première étude ObEpi (Obésité épidémiologie) publiée en 1997 faisait état d'un taux d'obésité chez l'adulte à 8,5 % en moyenne nationale, mais trois ans plus tard, le taux est passé à 10,1 %, avec d'importants écarts régionaux. Des études de l'INSEE confirment cette augmentation générale sur les années 1990. S'il semble y avoir eu une certaine stagnation dans les années 1980, ce n'est donc plus le cas dans la décennie suivante. Et surtout, les spécialistes s'inquiètent de l'augmentation de la prévalence parmi les enfants, même si la définition de la mesure de l'obésité n'est pas encore clairement affirmée (Lehingue *et al.*, 1996).

De nombreux acteurs reconnaissent le rôle de détonateur joué par le rapport de l'OMS dans la prise de conscience mondiale du phénomène.¹⁵ Le rapport incite en effet chaque pays à s'engager dans le développement de recommandations sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. En France, trois sociétés savantes sont chargées de définir des lignes directrices, qui paraissent finalement en 1998, et intègrent déjà des réflexions qui seront mises en œuvre par la suite dans les politiques de prévention

¹⁵ Cf. note 9.

(AFERO, ALFEDIAM, SNDLF, 1998). Il y a donc une série d'indicateurs et une prise de conscience de plus en plus forte dans le milieu de la nutrition de l'obésité vue en tant que problème de santé publique.

C'est l'ouverture de la fenêtre politique suite à la seconde crise de la vache folle qui active le champ politique et provoque la décision de lancer une politique nutritionnelle, avec un volant sur l'obésité. Un groupe de professionnels de la santé, principalement des nutritionnistes, expose au gouvernement un plan pour redonner aux Français confiance dans leur alimentation, sur la base des recommandations du rapport du HCSP (2000) – rapport qui présentait d'ailleurs l'obésité comme un problème en soi. Le Premier ministre annonce en décembre 2000 la mise en place pour le mois suivant d'un plan nutrition santé qui doit inciter la population à mieux manger. Ce plan est placé dans un cadre interministériel, mais sous l'égide du ministère de la Santé, et non de celui de l'Agriculture ; l'évolution est significative. Le Programme national nutrition santé (PNNS) est lancé le 31 janvier 2001 ; il reprend les recommandations du rapport du HCSP, dont un objectif de lutte contre l'augmentation de l'obésité sur les neuf prioritaires (les objectifs ne sont pas hiérarchisés). Il s'agit d'un programme quasi entièrement axé sur la nutrition de santé publique et la prévention, adressé à l'ensemble de la population pour éviter toute forme de stigmatisation ; un des buts du programme est de montrer aux Français comment se faire plaisir en mangeant de manière plus saine. Seulement, ce programme ne s'attaque pas qu'au seul problème de l'obésité, puisqu'il essaie par ses objectifs de réduire l'hypertension artérielle, le taux de cholestérol, l'apport d'alcool et, par plusieurs objectifs spécifiques, les carences nutritionnelles de certaines parties de la population. L'obésité sera prise en compte en elle-même au moment de la discussion de la loi de santé publique de 2004, où deux dispositions sont votées afin de lutter contre l'obésité infantile.¹⁶ Le PNNS constitue la première politique nutritionnelle cohérente mise en œuvre en France.

En Angleterre, la prise de conscience du problème posé par l'obésité est plus ancienne, comme nous l'avons vu. Fin mars 1999, le gouvernement annonce sa volonté de s'attaquer au problème de l'obésité suite à la publication de chiffres particulièrement alarmants : alors que 8 % des Anglaises et 6 % des Anglais étaient obèses ou en surpoids en 1980, c'est le cas de respectivement 21 et 17 % d'entre eux en 1998. La maladie a donc bien pris un aspect épidémique dans le royaume. L'obésité se retrouve de plus en plus autonomisée dans les politiques et les discours ; à tel point que les politiques nutritionnelles générales mises en œuvre jusque-là sont requalifiées en politiques de lutte contre l'obésité.¹⁷ Ces différentes mesures visent à inciter la population à adopter des comportements plus sains. Cependant, ces différents programmes se développent sans grande cohérence d'ensemble, sauf sur le but final qui est d'améliorer l'état de santé de la population. Ils se concentrent essentiellement sur les enfants en milieu scolaire et les populations défavorisées.

De fait, il a fallu attendre le début des années 2000 pour avoir des politiques plus concrètes, c'est-à-dire le moment où une nouvelle dimension du problème émerge. Le NAO publie en effet un rapport en 2001 (NAO, 2001 ; Northrop, 2005) qui fait le point sur la situation de l'obésité en Angleterre et sur l'action du gouvernement sur la question. Il regrette par exemple que le DoH ne fasse pas plus de partenariats avec les autres départements ministériels pour mieux coordonner les mesures. Mais surtout il dévoile le coût de la maladie pour le système de santé : près de 500 millions de livres sterling en coûts directs (soit 1,5 % des dépenses de santé), et 2,1 milliards de livres sterling en coûts indirects, soit un coût total de 2,6 milliards en 1998, et une prévision à 3,6 milliards en 2010 si la tendance se poursuit au rythme actuel. En plus d'être un problème de santé publique, l'obésité, tout comme le tabac, représente un coût très lourd pour des systèmes de santé soumis à des restrictions financières.¹⁸ Dans un contexte de réforme – quasi permanente en fait – du NHS, il apparaît tentant de vouloir réduire ces coûts, et cela passe pour le gouvernement par plus de prévention, mais également plus de menaces envers les

¹⁶ Ces dispositions concernent l'interdiction des distributeurs automatiques dans les écoles à partir de la rentrée de 2005, et la réglementation de la publicité radiotélévisée pour tous les produits alimentaires (les industriels ont le choix entre payer une taxe de 1,5 % sur leur budget publicitaire annuel qui servira à financer des messages sanitaires, ou bien diffuser dans leurs publicités des messages sanitaires validés par décret).

¹⁷ « Health drive as obesity soars », *The Guardian*, 1er avril 1999.

¹⁸ Cette dimension économique est quasiment absente du débat en France où il n'existe pour l'instant qu'une étude datant de 1995 qui a chiffré le coût de l'obésité à 11,89 milliards de francs en coûts directs et 600 millions de francs en coûts indirects en 1992 (Lévy *et al.*, 1995). Les études internationales sur le coût de l'obésité l'estiment souvent entre 2 et 5 % des dépenses de santé.

industries agroalimentaires, bien que ces dernières commencent à s'engager de manière volontaire. Le gouvernement engage de fortes politiques de santé publique, à la fois sur la nutrition (notamment à l'école où il veut pouvoir donner un fruit gratuitement à chaque enfant âgé de 4 à 6 ans) et sur l'activité physique (offrir des incitations fiscales pour s'inscrire dans des salles de sport, développer l'offre et les équipements sportifs, encourager les enfants à marcher pour aller à l'école, *etc.*) (IGAS, 2003, p. 118-122). On retrouve dans les mesures proposées des éléments présentés dans les rapports de l'OMS. Le débat sur l'obésité est actuellement focalisé autour de l'enjeu de la publicité alimentaire, dont l'interdiction de celles vantant des produits jugés néfastes à la santé (car contenant trop de gras, de sucre ou de sel) dans les émissions regardées par les enfants de moins de 16 ans a été longtemps considérée par le gouvernement, qui semble y avoir finalement renoncé en janvier 2008.

Les politiques de prévention mises en place dans les deux pays correspondent bien aux « canons » des politiques de santé publique ; elles sont en effet majoritairement centrées sur l'individu, qui est appelé à changer ses habitudes alimentaires afin d'en adopter de plus saines. Peu de politiques sur l'environnement « obésogène » ont été mises en œuvre, sauf les deux mesures de la loi de santé publique en France et la réglementation de la publicité au Royaume-Uni ; il s'agit ici de réduire les incitations à l'achat d'aliments estimés mauvais à la santé. Remarquons également que, bien que le problème soit le même, les cibles visées ne sont pas identiques : si la France a choisi de s'adresser à l'ensemble de la population avec le PNNS (avec quelques nuances, puisque des mesures spécifiques sont aussi destinées à des groupes bien précis), le Royaume-Uni a lui au contraire choisi de cibler un peu plus ses interventions sur les groupes à risque (enfants, catégories sociales défavorisées). On voit bien ici que l'influence des institutions sur l'émergence des problèmes publics n'est pas toujours déterminante : si elles permettent de comprendre la première émergence en Angleterre, elles ne le permettent plus pour la seconde puisqu'elle a lieu dans les deux pays, en même temps et selon une même définition. Cette influence se retrouve cependant au niveau de la mise en œuvre. L'explication est donc ici à rechercher du côté de la conjonction des trois conditions cognitives, institutionnelles et stratégiques.

CONCLUSION

Ce chapitre a essayé de montrer pourquoi le Royaume-Uni, malgré des conditions institutionnelles plus favorables et une prévalence de la maladie plus élevée, n'a pas entrepris de politiques significatives de lutte contre l'obésité avant la fin de la décennie 1990, soit à peu près en même temps que la France qui elle bénéficiait d'une prévalence bien plus faible et d'un système de santé publique jugé insatisfaisant. Pour comprendre cette similitude temporelle, il faut donc appréhender l'obésité dans trois temporalités différentes : premièrement, replacer l'obésité dans son histoire même, et voir comment un problème esthétique, abordé sous un angle moral au début du XX^e siècle, finit par être défini comme un problème de santé publique entraînant une action des pouvoirs publics ; mais cette définition ne s'est pas imposée à tous, puisque la vision morale continue de subsister, d'où les multiples résistances à des politiques de lutte contre l'obésité.

Deuxièmement, replacer l'obésité dans le développement des politiques de santé publique et de prévention depuis les années 1970 : dans un contexte de rationalisation des coûts de santé, de progression des maladies chroniques et de critique de la médicalisation de la société, les politiques préventives sont apparues comme étant le meilleur moyen de parvenir à conserver une population en bonne santé, si ce n'est pas le seul. Les politiques de lutte contre l'obésité mises en œuvre dans un premier temps le confirment : on remarque cependant qu'elles s'appuient très fortement sur la volonté de faire changer les comportements individuels, à défaut de faire évoluer l'environnement « obésogène ».

Enfin troisièmement, les initiatives des acteurs, principalement des nutritionnistes mais pas seulement, doivent être comprises comme le résultat des évolutions antérieures ayant eu lieu au niveau de la définition du problème de l'obésité et au niveau des institutions sanitaires. Ainsi donc, c'est parce que l'obésité est définie comme un problème de santé publique, grâce en grande partie à l'OMS, qu'une action publique devient possible. Le « retard » britannique démontre bien que tant que l'obésité étant approchée comme un problème individuel devant être résolu par les personnes qui en sont atteintes, aucune politique publique de prévention n'a été entreprise spécifiquement avant la fin des années 1990. Et c'est parce que les ministères de la Santé ont réussi à s'introduire dans les politiques alimentaires afin

d'y apporter une vision plus sanitaire que les maladies liées à l'alimentation peuvent mieux être prises en compte : le fait que la France n'ait pas instauré de politique nutritionnelle avant 2001 montre à quel point les enjeux nutritionnels et de santé n'ont pas pris place dans les politiques alimentaires, largement orientées sur les questions agricoles et de production. C'est ainsi que l'on comprend l'intérêt de procéder à une analyse comparative des temporalités dans les deux cas d'étude présentés dans ce papier : alors que les systèmes de santé sont différents, on assiste à une relative similitude des temporalités dans les trois courants.

BIBLIOGRAPHIE

- AFERO, ALFEDIAM, SNDLF (1998), « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France », *Diabetes & Metabolism*, vol. 24, suppl. 2.
- Alam, T. (2003), « Crises, acteurs politiques et changement institutionnel, un nouveau système de gestion des risques alimentaires en Grande-Bretagne ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 10, n° 2, p. 219-231.
- Aron, J.-P. (1987), « La tragédie de l'apparence à l'époque contemporaine », *Communications*, n° 46, p. 305-314.
- Aronson, N. (1982), « Nutrition as a Social Problem: A Case Study of Entrepreneurial Strategy in Science », *Social Problems*, vol. 29, n° 5, p. 474-787.
- Baggott, R. (2000), *Public Health: Policy and Politics*, Basingstoke, Macmillan Press.
- Berlivet, L. (1997), « Naissance d'une politique symbolique. L'institutionnalisation des "grandes campagnes d'éducation pour la santé" », *Quaderni*, n° 33, p. 99-117.
- Berlivet, L. (2000), « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : la santé publique face aux accusations de moralisme », in Garrigou, A. (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, p. 243-271.
- Berlivet, L. (2005), « "Association or Causation?" The Debate on the Scientific Status of Risk Factor Epidemiology, 1947-c.1965 », in Berridge, V. (dir.), *Making Health Policy: Networks and Research in Medicine after 1945*, Amsterdam, Rodopi, p. 39-74.
- Besançon, J. (2004), *Les agences sanitaires en France. Revue de littérature commentée*, Cahier du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise.
- Bonoli, G. (2007), « Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies », *Comparative Political Studies*, vol. 40, n° 5, p. 495-520.
- Buften, M.W. (2005), « British Expert Advice on Diet and Heart Disease c.1945-2000 », in Berridge, V. (dir.), *Making Health Policy: Networks in Research and Policy after 1945*, Amsterdam, Rodopi, p. 125-148.
- Cannon, G. (1988), *The Politics of Food*, Londres, Century.
- Clergeau, C. (2000), *Le processus de création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Généalogie, genèse et adoption d'une proposition de loi*, mémoire de DEA Sociologie politique et politiques publiques sous la direction de Pierre Muller, Institut d'Études Politiques de Paris.
- Cobb, R.W. et Elder, C.D. (1983), *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda Building*, 2nd éd., Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Cobb, R.W., Ross, J.-K. et Ross, M.H. (1976), « Agenda Building as a Comparative Political Process », *American Political Science Review*, vol. 70, n° 1, p. 126-138.
- Department of Health (1992), *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, Londres, H.M.S.O.
- Department of Health (2004), *Health Survey for England*.
- Favre, P. (1992), « L'émergence des problèmes dans le champ politique », in Favre, P. (dir.) *Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, p. 5-37.
- Fischler, C. (1987), « La symbolique du gros », *Communications*, n° 46, p. 255-278.
- Gaesser, G.A. (1999), « Thinness and weight loss: beneficial or detrimental to longevity? », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 31, n° 8, p. 1118-1128.
- Garraud, P. (1990), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'année sociologique*, vol. 40, p. 17-41.

- Gent, C. E. (2000), « Needle Exchange Policy Adoption in American Cities: *Why Not?* », *Policy Sciences*, vol. 33, n° 2, p. 125-153.
- Gusfield, J.R. (1984), *The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, University of Chicago Press.
- Hansen, R. et King, D. (2001), « Eugenic Ideas, Political Interests, and Policy Variance: Immigration and Sterilization Policy in Britain and the U.S. », *World Politics*, vol. 53, n° 2, p. 237-263.
- Haut comité de la santé publique (1994), *La santé en France. Rapport général*, Paris, La Documentation française.
- Haut comité de la santé publique (1998), *La santé en France 1994-1998*, Paris, La Documentation française.
- Haut comité de la santé publique (2000), *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : Enjeux et propositions*.
- Hunter, D. (2003), *Public Health Policy*, Cambridge, Polity Press.
- Inspection générale des affaires sociales (2003), *La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle*, rapport n° 2003 038, mars.
- Iyengar, S. (1990), « Framing Responsibility for Political Issues: The Case of Poverty », *Political Behavior*, vol. 12, n° 1, p. 19-40.
- Jobert, B. (1981), *Le social en plan*, Paris, Les éditions ouvrières.
- Jobert, B. (1985), « Les politiques sanitaires et sociales », in Grawitz, M. et Leca, J. (dir.), *Traité de science politique*, t. IV, Paris, Presses universitaires de France, p. 301-342.
- Keeler, J.T.S. (1993), « Opening the Window for Reform: Mandates, Crises, and Extraordinary Policy-Making », *Comparative Political Studies*, vol. 25, n° 4, p. 433-486.
- Keys, A. *et al.* (1972), « Indices of Relative Weight and Obesity », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 25, n° 6, p. 329-343.
- Kingdon, J. (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York, HarperCollins Publishers.
- Landman, T. (2003), *Issues and Methods in Comparative Politics: An Introduction*, 2nd éd., Londres, Routledge.
- Lang, T. (1997), « Going Public: Food Campaigns during the 1980s and Early 1990s », in Smith, D. F. (dir.), *Nutrition in Britain: Science, Scientists and Politics in the Twentieth Century*, Londres, Routledge, p. 238-260.
- Lang, T. et Heasman, M. (2004), « Diet and Nutrition Policy: A Clash of Ideas or Investment? », *Development*, vol. 47, n° 2, p. 64-74.
- Lecorps, P. et Paturet, J.-B. (1999), *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Legowski, B. et McKay, L. (2000), *Health Beyond Health Care: Twenty-Five Years of Federal Health Policy Development*, Canadian Policy Research Network, discussion paper n° H|04.
- Lehingue, Y. *et al.* (1996), « Increase in the prevalence of obesity among children aged 4-5 years in a French district between 1988 and 1993 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 44, n° 1, p. 37-46.
- Lévy, E. *et al.* (1995), « The Economic Cost of Obesity: The French Situation », *International Journal of Obesity*, vol. 19, n° 11, p. 788-792.
- Loriol, M. (2002), *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville Saint-Agne, Erès, coll. Action santé.
- Lupton, D. (1997), « Foucault and the Medicalisation Critique », in Petersen, A. et Bunton, R. (dir.), *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge, p. 94-110.
- Maillard, G. *et al.* (1999), « Trends in the Prevalence of Obesity in the French Adult Population between 1980 and 1991 », *International Journal of Obesity*, vol. 23, n° 4, p. 389-394.
- Mills, M. (1992), *The Politics of Dietary Change*, Aldershot, Dartmouth.
- Mills, M. (1993), « Expert Policy Advice to the British Government on Diet and Heart Disease », in Peters, B.G., et Barker, A. (dir.), *Advising West European Governments: Inquiries, Expertise and Public Policy*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, p. 115-122.
- Nathanson, C.A. (1996), « Disease Prevention as Social Change: Toward a Theory of Public Health », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4, p. 609-637.
- Nathanson, C.A. (1999), « Social Movements as Catalysts for Policy Change: The Case of Smoking and Guns », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 24, n° 3, p. 421-488.

- National Audit Office (1996), *Health of the Nation: A Progress Report*, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 458 Session 1995/96: 14 August 1996.
- National Audit Office (2001), *Tackling Obesity in England*, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 220 Session 2000-2001: 15 February 2001.
- Northrop, M. (2005), « The Social Amplification of Risk in Relation to Obesity », papier présenté lors de la SCARR Launch Conference “Learning about Risk”, Canterbury, 28-29 janvier.
- Oliver, E. et Lee, T. (2005), « Public Opinion and the Politics of Obesity in America », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n° 5, p. 923-954.
- Organisation mondiale de la santé – région Europe (2006), *Charte européenne sur la lutte contre l’obésité*, Istanbul, 15-16 novembre.
- Organisation mondiale de la santé (1990), *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : Rapport d’un groupe d’études de l’OMS*, Genève, Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques 797.
- Organisation mondiale de la santé (1997), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Padiou, J.-G. (1982), *L’Etat au concret*, Paris, PUF.
- Palier, B. et Surel, Y. (2005), « Les “trois P” et l’analyse de l’Etat en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, p. 7-32.
- Poulain, J.-P. (2005), *Sociologies de l’alimentation*, Paris, PUF.
- Rose, G. (2001), *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford University Press.
- Saguy, A.C. et Riley, K.W. (2005), « Weighing Both Sides: Morality, Mortality and Framing Contests over Obesity », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 5, p. 869-921
- Schlesinger, M. (2005), « Weighting for Godot », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n° 5, p. 785-801.
- Setbon, M. (1993), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : Décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le Seuil.
- Setbon, M. (2004), *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Paris, Elsevier.
- Smith, M.J. (1991), « From Policy Community to Issue Network: *Salmonella* in Eggs and the New Politics of Food », *Public Administration*, vol. 69, n° 2, p. 235-255.
- Sobal, J. (1995), « The Medicalization and Demedicalization of Obesity », in Maurer, D. et Sobal, J. (dir.), *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems*, Hawthorne, Aldine de Gruyter, p. 67-90.
- Stearns, P.N. (2002), *Fat History: Bodies and Beauties in the Modern West*, New York, New York University Press.
- Steffen, M. (1999), « Protection sociale et management de la santé publique en Europe de l’Ouest et de l’Est », *Matériaux pour l’histoire de notre temps*, n° 3, p. 53-62.
- Stone, D.A. (1997), *Policy Paradox: The Art of Political Decision-Making*, New York, Norton.
- Street, J. (1988), « British Government Policy on AIDS: Learning Not to Die of Ignorance », *Parliamentary Affairs*, vol. 41, n° 4, p. 490-507.
- Tabuteau, D. (2002), *La sécurité sanitaire*, 2^{ème} éd., Paris, Berger-Levrault.
- Weaver, K. (1986), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, n° 4, p. 371-398.
- Wheelock, V. et Fallows, S. (1985), *Implications of the COMA Report on “Diet and Cardiovascular Disease” for British Agriculture*, Bradford, University of Bradford, Food Policy Research