

Table des matières

I.	Introduction.....	4
II.	Analyse du corps : esthétique et alimentation.....	6
1.	Histoire du corps et de l'esthétique.....	6
2.	Les normes alimentaires et rapport à l'aliment.....	12
a)	<i>La diététique.....</i>	13
b)	<i>Les régimes.....</i>	16
c)	<i>Les troubles du comportement alimentaire.....</i>	18
3.	La diffusion des normes occidentales.....	21
4.	Le corps musclé.....	25
a)	<i>Histoire du sport.....</i>	25
b)	<i>Le muscle.....</i>	28
c)	<i>L'anorexie mentale dans le sport.....</i>	30
5.	Le corps exhibé.....	31
a)	<i>Le culte du corps.....</i>	31
b)	<i>La photographie.....</i>	33
c)	<i>Le corps anormal.....</i>	34
d)	<i>Exhiber le corps maigre.....</i>	35
III.	La construction de la catégorie médicale de l'anorexie.....	38
1.	Jeûnes religieux et anorexie mentale.....	38
a)	<i>Les jeûneuses mystiques sont-elles-anorexiques ?.....</i>	38
b)	<i>La nosographie comme fait de culture.....</i>	45
2.	Épidémiologie de l'anorexie mentale.....	48
a)	<i>Revue des données dans la littérature psychiatrique.....</i>	48
b)	<i>Le problème de la fat phobia.....</i>	51
c)	<i>Existe-t-il une épidémie d'anorexie mentale ?.....</i>	52
3.	La médecine comme idéologie.....	53
a)	<i>Quantitatif et qualitatif.....</i>	53
b)	<i>La psychiatrie est-elle universelle ?.....</i>	54

4. Des premières observations aux taxinomies psychiatriques.....	57
a) Premières observations.....	57
b) Entre physique et mental : la recherche des causes de l'anorexie.....	64
c) L'anorexie mentale comme pathologie psychiatrique. Définitions et traitements.....	71
IV. Politique et anorexie.....	76
1. L'anorexie comme objet politique : l'approche féministe de l'anorexie mentale.....	76
a) Les critiques féministes de la psychiatrie.....	77
b) L'anthropologie critique féministe de la santé.....	79
2. L'intersectionnalité dans l'anorexie mentale.....	83
a) Un trouble de l'adolescence.....	83
b) Un trouble féminin.....	87
c) Un trouble de classe.....	94
d) Un trouble de jeunes filles blanches.....	98
3. L'anorexie comme objet des politiques.....	99
a) Les politiques de santé publique en matière de nutrition.....	99
b) L'anorexie dans le mannequinat.....	103
c) L'anorexie sur internet.....	108
V. Conclusion : anorexie mentale et rapports de pouvoir.....	113
Bibliographie.....	117

I. Introduction

L'anorexie mentale est devenue, au cours des dernières décennies, un trouble extrêmement médiatisé. Il serait à parier que désormais la majeure partie de la population mondiale connaît cette pathologie, ou en a tout au moins entendu parler. Ce phénomène n'est pas anodin. Il relève de plusieurs éléments conjoncturels qui rendent possible le fait que l'anorexie ait actuellement une telle portée médiatique et analytique. La production d'articles dans la presse française sur l'anorexie augmente à partir de 2006 à la suite de la mort de mannequins anorexiques. Ce sujet s'inscrit davantage dans l'espace public à partir de 2008, année où plusieurs propositions de loi relatives à cette pathologie sont présentées en France et en Europe. On retrouve deux éléments majeurs dans ces discours médiatiques. De manière générale, les journaux tendent à confondre l'anorexie des adolescentes et l'anorexie des top-modèles, réduisant les pratiques anorexiques à une recherche d'amaigrissement en vue d'une conformation à l'idéal normatif corporel contemporain. L'autre caractéristique des discours sur l'anorexie est la place accordée aux facteurs socioculturels. Bien que tous les médias reconnaissent le fait que ce trouble soit multifactoriel, une grande part de l'analyse porte sur l'importance de ce facteur dans le déclenchement de la maladie. Ainsi, entre 1995 et 2009, *Le Monde* et *Libération* écartent cette hypothèse, tandis que *La Croix* et *Le Figaro* l'envisagent comme une explication possible (Arnoult, 2013). Tout récemment, le débat a été relancé par le phénomène du *thin-gap*, effet de mode adolescent qui valorise la maigreur comme critère de beauté féminin. Outre l'engouement médiatique, l'anorexie mentale est une pathologie qui touche actuellement, dans sa forme large, une part non-négligeable de la population générale, avec une prévalence de l'ordre de 4,5 % des femmes et 0,9 % des hommes. Plusieurs branches de la médecine se sont saisies de ce trouble, dans une recherche des causes qui restent encore aujourd'hui méconnues. C'est également une maladie mentale fatale, avec un taux de mortalité très élevé : environ 10 % des personnes atteintes de ce trouble en succombent. L'anorexie reste aujourd'hui une maladie difficile à traiter, dont peu de personnes guérissent totalement.

On voit ainsi se dessiner un double problème: d'une part, l'anorexie mentale déchaîne les passions de l'opinion publique sur la pression normative exercée sur les femmes occidentales et occidentalises ; d'autre part, l'anorexie mentale est une

pathologie très discutée au sein même du corps médical, soulevant des interrogations fortes relatives à la fois à l'étiologie et au traitement approprié. Les sciences sociales se sont largement saisies de ces problématiques, questionnant tour à tour les normes sociales et culturelles encadrant ce trouble, les représentations de la maladie, les pratiques de restriction alimentaire et la clinique de l'anorexie. Ici, nous allons nous appuyer sur ces travaux pour renverser la perspective dominante : nous allons prendre comme support de notre étude l'anorexie mentale pour essayer de comprendre à partir de ce cas le fonctionnement normatif des sociétés dans lesquelles elle prend place. En d'autres termes, la question qui va guider notre discussion sera la suivante : qu'est-ce que l'anorexie mentale nous apprend des sociétés dans laquelle elle est présente ? L'anorexie mentale est un trouble particulièrement adéquat pour mener une réflexion sur ce thème, en ce qu'il permet d'interroger à la fois les normes relatives au corps, à l'esthétique, à l'alimentation, mais aussi à la médecine, et plus particulièrement à la biomédecine ; mais également les politiques qui prennent l'anorexie mentale comme support de revendications ou qui prennent ce trouble comme objet d'action de politiques publiques. Ainsi, nous consacrerons dans un premier temps notre travail à l'analyse du corps, pour ensuite nous intéresser à la construction de la catégorie médicale de l'anorexie mentale ; nous porterons ensuite une attention particulière aux liens entre politique et anorexie mentale, pour enfin saisir l'idée transversale à cette étude, portant sur les rapports de pouvoir révélés par ce trouble. Nous ne perdrons pas de vue, durant cette discussion, le modèle de l'anorexique type, c'est-à-dire une jeune fille appartenant à un milieu social plutôt favorisé, occidental ou occidentalisé. Cet archétype nous suivra implicitement tout au long de l'étude, et nous servira de base pour analyser les discours et les représentations sur ce trouble.

II. Analyse du corps

L'étude de l'anorexie mentale du point de vue anthropologique doit impérativement passer par une analyse du corps et de l'alimentation, notions à travers lesquelles les différentes théories en sciences sociales appréhendent ce trouble. Ainsi, nous nous intéresserons tout d'abord à l'histoire du corps en Occident, pour comprendre l'évolution, à travers les âges, dans les représentations des corps sexués et genrés. Par la suite, nous questionnerons le rapport à l'alimentation de ces mêmes sociétés occidentales, plus particulièrement sous l'angle de la restriction alimentaire, ce qui nous permettra d'envisager la question de la déviance par rapport aux normes relatives à la consommation de nourriture. Ces deux premiers thèmes nous amèneront à prendre en compte une thématique se rapportant à la fois à l'esthétique corporelle et à l'anorexie mentale : le sport, et plus généralement l'activité physique. Enfin, un dernier point semble nécessairement devoir être abordé dans notre étude sur l'anorexie mentale. Le corps, une fois travaillé à partir de ces normes et pratiques corporelles et alimentaires, se trouve depuis le milieu du XX^e siècle dans une posture nouvelle : il est montré, affiché, revendiqué. Nous terminerons ainsi notre étude sur le corps par une réflexion sur le corps exhibé, qui est une problématique centrale dans le cas de l'anorexie mentale dans l'espace public et médiatique, et qui, bien que cela soit moins évident, rentre pourtant aussi en jeu dans les conceptions psychiatriques de ce trouble.

1. Histoire du corps et de l'esthétique

L'esthétique et les canons de beauté occidentaux se sont modifiés au fil des siècles, suivant les évolutions plus larges de la société. Le corps lui-même s'est ainsi façonné en fonction de ces normes esthétiques régissant la bonne tenue sociale. A chaque époque, les individus ont agi sur ce corps pour le modeler de manière à en faire un corps socialement acceptable.

L'histoire du corps féminin a d'abord été une histoire masculine : la beauté féminine est celle qui correspond à l'image de la femme idéalisée par les hommes et la place dans la société lui qui est accordée. Au XVI^e siècle, « cette première beauté moderne ne se définit qu'au féminin, combinant inévitablement faiblesse et

perfection, aiguisant encore sa spécificité » (Vigarello, 2004 : 27). La beauté doit être pudique, car la société est puritaine. Cette bienséance religieuse veut que la beauté soit avant tout dans les bonnes mœurs. L'association du beau au bien n'est pas nouvelle, et n'est que la résurgence des critères du Moyen Âge, momentanément éclipsés au XIII^e siècle, au profit d'une méfiance passagère assimilant beauté et tentation trompeuse (Amadiou, 2005) ; « le péché et la peur, la peur du corps, la peur du corps de la femme surtout, reviennent comme une litanie sous forme de mises en garde ou de condamnation » (Gélis, 2006 : 18). La beauté est muette, statique. La visibilité de cette beauté passe avant tout par le visage, ce qui s'explique notamment par le fait que les vêtements féminins alors décents cachent le corps quasi-entièrement. Les yeux sont d'une importance capitale. Ce « sexe » de la beauté est envisagé en fonction des théories humorales. Les hommes sont du côté du chaud et du sec ; les femmes sont froides et humides, plus fragiles, plus enclines à la faiblesse (Vigarello, 2004).

Au XVII^e siècle, la beauté devient expressive : « Une dynamique particulière enrichit les critères de la beauté dans le monde classique : l'accroissement des repères de l'étiquette et du maintien, la civilité nouvelle insensiblement imposée par la sociabilité urbaine et les normes de cours. [...] Une seconde dynamique promeut encore ce versant expressif, celle transformant les représentations du corps. [...] La beauté physique gagne en profondeur et en intériorité. Elle gagne aussi, au bout du compte, en légitimité nouvelle : celle de l'artifice et de l'embellissement, même si demeure la certitude d'un seul modèle possible de perfection » (Vigarello, 2004 : 57). Ce nouveau dynamisme dans la beauté est notamment lié au développement du mode de vie urbain ; mais cette dynamique est paradoxale, puisque sont recherchés à la fois un corps expressif et un corps maintenu, redressé. Il est encore ici question d'une beauté presque exclusivement féminine. Le regard est décentré par rapport au siècle précédent : il se déplace du visage vers le corps. Il porte désormais sur la taille, et sur l'allure générale. Ceci explique la vogue nouvelle du corset en tant qu'instrument de maintien. Le corset est fabriqué en 1647 par Fabrice d'Aquapendente. Au départ réservé au soin médicaux, il devient néanmoins, sous une forme simplifiée, « l'instrument quotidien de la tenue : celui de l'élégance et du maintien » (*ibid.* : 79). Le corset impose l'esthétique dans la prévention et la pédagogie : les enfants de familles aisées en portent un dès leur plus jeune âge, dans le but de façonner au plus

tôt leur corps, de le maintenir droit autant que de le redresser. Le corset féminin répond à cette même logique : le buste doit être droit, le corps cambré. Le corset pour enfant disparaît aux alentours de 1770. En revanche, le corset féminin subsiste tout en se transformant : il devient moins rigide, et sans baleines. « La rigidité régresse. La beauté voudrait des parties plus mobiles comme des mouvements plus légers » (*ibid.* : 108). Cette mobilité reste néanmoins toute relative. Le corset subsiste en tant qu'accessoire féminin incontournable, structurant la silhouette et contraignant le corps à une posture droite, n'ayant qu'une marge de liberté réduite. Ce même corset accroît la distinction sociale des corps. La beauté se « naturalise ». Le caractère devient l'un des éléments de cette beauté, distinguant ainsi la beauté « animée » et la beauté « inanimée », selon que la femme soit plutôt extravertie ou introvertie (bien qu'ici, la notion d'extravagance soit toute relative). La beauté n'est plus régie par la raison : elle passe du côté des passions, de l'affect. L'attention accordée, au siècle dernier, aux yeux devient un intérêt pour le regard : l'idée nouvelle d'une beauté « profonde » s'installe (*ibid.*).

Au XVIII^e siècle, « La beauté [...] n'est plus commandée par l'intelligence mais par le sensible ; le critère n'est plus celui de l'absolu, mais celui du relatif » (*ibid.* : 93). Un rapport entre le beau et la fonction s'instaure dans les normes esthétiques corporelles. Les chairs s'affermissent. L'excès de « délicatesse » est perçu comme nuisant tant à la beauté qu'à la santé (Venel, 1776 : 115) : certaines considérations hygiénistes entrent alors en jeu dans la conception de la beauté. Ce fait est certainement à mettre en relation avec la philosophie des Lumières elle-même, qui revient sur la distinction entre l'âme et le corps. Établie dès l'Antiquité, cette séparation de l'esprit et de la matière a, très tôt, été reprise par l'Église dans le sens d'une opposition entre corps impur et âme pure, afin de stigmatiser le corps en tant que chose peccamineuse. Les humanistes reforment cet ensemble, et mettent en accord corps et âme. Ces philosophes se réapproprient l'adage de Juvénal *mens sana in corpore sano*, qu'ils appliquent à leur philosophie, traduit sous la formule *un esprit sain dans un corps sain*. Le couple « beauté-santé » actuel pourrait donc dater du siècle des Lumières. Le corset féminin n'a plus vocation au redressement. Il est pourtant conservé, sous une forme encore modifiée et simplifiée, pour servir au maintien des « chairs superflues » ; il n'est alors pas encore totalement question de transformer le corps lui-même pour le rendre conforme aux normes esthétiques, puisque l'instrument sert à cacher les défauts de ce corps. La beauté s'individualise.

Les artifices deviennent acceptables. La coiffure devient une prolongation de la beauté, un arrangement nécessaire (*ibid.*).

La tenue féminine se transforme au XIX^e siècle : les robes changent, deviennent plus moulantes, plus droites. Les représentations de l'esthétique féminine n'ont pourtant pas totalement changé : l'aspect cambré du corps suggéré par les robes bouffantes reste dans les esprits, ce qui oblige alors le corps lui-même à se tenir cambré. Le corset est toujours porté, aidant le corps à simuler cette posture. Le primat de la cambrure l'emporte d'ailleurs sur celui de la minceur. La beauté se fait « romantique ». La pâleur en devient un critère, signifiant la profondeur de l'âme. Ce siècle est aussi celui de l'éloge de l'artifice : la beauté « volontaire » est valorisée, conçue comme une beauté sociale. La féminité doit être ostentatoire et improductive (Vigarello, 2004). Cette nouvelle beauté serait à l'origine du critère essentiel de la minceur dans les canons esthétiques actuels. « Si ce modèle corporel s'atténue en France à partir des années 1850, il ne disparaît cependant ni totalement, ne définitivement. À l'échelle du XIX^e siècle, le corps romantique a donc sans doute constitué un tournant, et non une parenthèse [...]. Cette apologie de la restriction alimentaire et du corps qui l'accompagne n'est toutefois pas seulement une mode romantique. Elle manifeste l'inscription du contrôle alimentaire et de la minceur dans une topologie sociale qui engage à la fois la classe et le genre » (Darmon, 2008 : 30-31)¹.

La « conquête anatomique » débute en cette fin de siècle : le regard se pose définitivement sur le corps. « L'affleurement de ces hanches, dès la fin du XIX^e siècle, ne transforme pas seulement les modèles, il transforme les pratiques : celles de l'amincissement en particulier » (*ibid.* : 173). Il s'agit désormais d'« amincir le « bas » » (Vigarello, 2004 : 174). Les pèse-personnes ne sont pas encore démocratisés, mais il est possible et encouragé pour les femmes de prendre les mesures de leurs mensurations, à l'aide notamment d'un mètre-ruban. Parallèlement, les grands magasins se développent. « À cette diversification des soins et du regard sur soi, demeurée très instinctive, rare même, s'ajoute un accroissement des objets de la beauté socialement plus étendu à la fin du XIX^e siècle [...]. Un large « marché de la beauté » s'est constitué. Ce qui étend toujours davantage le thème de l'artifice,

¹ À ce propos, Byron, célèbre dandy romantique, est soupçonné par certains auteurs d'avoir été anorexique (Meuret, 2006).

banalisant avec la fin du siècle l'image d'une beauté construite, toujours moins définissable hors de la mode et des conventions » (*ibid.* : 180). Les grands magasins, le Bon Marché en particulier, diffuse la culture bourgeoise parmi les travailleurs du secteur tertiaire, les amenant à devenir la classe moyenne. Ils démocratisent également un nouvel outil d'inspection du corps, le rendant accessible au plus grand nombre : le miroir. Les femmes se regardent désormais de plain-pied, dans leur intimité quotidienne. Le nu se normalise. Dans le même temps, le corps commence à se dévoiler en été.

Au XX^e siècle, le corps se veut mince, tonique, résolument actuel : « Toute aussi importante, une mutation commencée avec les années 1920 a conduit aux silhouettes flèches d'aujourd'hui, en magnifiant un corps liane aux jambes interminables, une effigie souple, musclée, mêlant bien-être et ventre plat. Ce qui confirme l'inévitable présence de la norme collective, son impact majeur, alors que les formules individualisantes n'en sont elles-mêmes qu'un des aspects » (Vigarello, 2004 : 189). Le corps se montre, s'arbore, se met en scène dans la vie quotidienne, sous la forme d'un corps esthétisé au plus haut point, travaillé sans en avoir l'air. Présenté ensoleillé, actif, demi-nu, ce nouveau corps mêle vigueur et minceur. Le corset disparaît définitivement, remplacé par le soutien-gorge, préconisé par le couturier Poiret dès 1906, et qui opte pour un maintien plus naturel ; la gaine disparaît par la suite, réduisant la lingerie à sa plus simple expression (Sohn, 2006 ; Ory, 2006). Les mensurations évoluent, et les chiffres envahissent les magazines féminins à partir des années 1930. Ces derniers fixent les normes de rapport entre poids et volume correspondants à la taille de chacun. « Les indices s'aiguisent, les rapports se resserrent, plus sévères qu'auparavant : le niveau de poids n'est plus seulement équivalent à celui des centimètres dépassant le mètre, 60 kg pour 1,60 m, il lui est inférieur, 55 kg ou 57 kg pour 1,60 m, comme le suggère *La Coiffure et ses modes* en 1930² » (Vigarello, 2004 : 201). Le thème du poids domine, même si la balance reste un instrument encore rare, car encombrant et coûteux. L'appareil évolue en revanche après 1935 : il devient plus mobile, plus léger ; plus accessible. Les conseils et injonctions de beauté donnés par la presse féminine se renouvellent avec cette invention : « Qui souvent se pèse se connaît bien³ » (*ibid.* : 202). Cette

² *La Coiffure et ses modes*, novembre 1930.

³ *Votre beauté*, avril 1935

insistance sur les chiffres, cette attention portée au moindre écart, pourrait avoir favorisé la vogue des concours de beauté. Dans ces mêmes années apparaît également un élément nouveau dans cette gestion intensive du corps féminin : la cellulite. « Palpation, pincement, massages divers révèlent brusquement ce qui aurait pu depuis toujours être perçu. La cellulite naît d'un effet de regard : une manière de porter les yeux et la main, une culture de l'examen aussi, confrontant plus qu'auparavant dénudement et enlaidissement » (Vigarello, 2004 : 222). Le magazine *Vogue* d'août 1939 en fait l'« ennemi public numéro 1 ». Entre 1950 et 1960, le corps est devenu un objet de consommation. La beauté se veut généralisée, portée par « la rhétorique lisse et versatile du marché » (*id.*). « Le corps de l'homme du XX^e siècle – qui sera pendant longtemps, en première ligne, un corps de femme – sera soumis aux aléas d'un triple régime cosmétique, diététique et plastique, considéré ici dans un ordre croissant de nouveauté par rapport aux pratiques anciennes » (Ory, 2006 : 136).

Au XXI^e siècle, « la silhouette l'emporte, imposant définitivement le « bas », sa référence active, mobile, sur un visage longtemps jugé dominant » (Vigarello, 2004 : 229). Les pratiques se diffusent et s'étendent à une plus grande tranche d'âge : les pré-adultes, accédant quasiment aujourd'hui au statut d'adultes, partagent maquillage, recours chirurgical, artificialisation et esthétisation de soi. La beauté n'est plus exclusivement féminine ; la femme n'est plus seule à connaître les injonctions des normes esthétiques. « Le principe d'égalité a tout changé. La beauté physique échappe à la seule dépendance, comme elle échappe au seul « éternel féminin », traversant des références auparavant exclusives l'une de l'autre : la passivité, l'activité, l'assujettissement, l'autonomie. Un basculement a eu lieu dont il est difficile de mesurer toute l'étendue : la beauté, ne définissant plus un genre, peut être cultivée et même revendiquée par les deux. Elle s'est émancipée du spectre de la « force » ou de la « faiblesse », de celui de la valorisation ou de la dévalorisation, devenant « beauté illimitée » » (*ibid.* : 233). Néanmoins, la beauté n'est pas pour autant unisexe : « La féminisation du muscle, la masculinisation de la minceur ne sauraient, bien évidemment, réduire les deux modèles à l'identique » (*id.*). Bien que de grands traits de l'esthétique corporelle et de soin du corps soient partagés par les deux sexes, certaines modes ne s'appliquent pas également. C'est ainsi le cas du modèle de la minceur extrême, exclusivement féminin, qui trouve

son apogée dans les années 1960, porté par la vogue de la poupée Barbie et les mannequins façon Twiggy (Ory, 2006).

La beauté est, depuis les années 1980, sous tendue par « une *obsession des enveloppes corporelles* : le désir d'obtenir une tension maximale de la peau ; l'amour du lisse, du poli, du frais, du svelte, du jeune ; l'anxiété face à ce qui de l'apparence paraît relâché, plissé, poché, fripé, ridé, alourdi, ramolli ou détendu ; une dénégation active des marques du vieillissement sur l'organisme » (Courtine, 1993 : 229). Il faut contextualiser cette évolution des critères esthétiques. La beauté change « bien au-delà des seuls effets de mode : elle épouse les grandes dynamiques sociales, les ruptures culturelles, les conflits de genre ou de génération » (Vigarello, 2004 :255).

2. Normes alimentaires et rapport à l'aliment

Dans notre vie quotidienne, nous concevons généralement que nos choix sont le fruit de notre libre arbitre. Ainsi, pour ce qui est de choisir ce que nous allons manger, cette décision nous semble dépendre uniquement de nos goûts. Nous choisissons ce qui nous attire le plus parmi les aliments disponibles, en fonction de nos humeurs et préférences. Pourtant, des règles et normes régissent ces choix, précédant ainsi ceux-ci, sans que nous en ayons nécessairement toujours conscience. Le rapport que nous entretenons avec la nourriture est profondément culturel et social. « Nous savons que même si elles sont acquises individuellement, les règles et les pratiques alimentaires sont structurées socialement, et que c'est socialement qu'elles prennent leur sens et leur fonction » (Fischler, 2001 : 173-174). Les aliments n'ont pas qu'une simple valeur nutritive : ils ont aussi et surtout un fort pouvoir symbolique. « Incorporer un aliment, c'est, sur un plan réel comme un plan imaginaire incorporer tout ou une partie de ses propriétés : nous devenons ce que nous mangeons. L'incorporation fonde l'identité » (*ibid.* : 66). L'alimentation est ainsi encadrée par des instances sociales et culturelles d'une part et, d'autre part, du fait de la propriété première des aliments, à savoir leur absorption nécessaire à la survie de l'homme, par la médecine.

L'anorexie mentale n'existe que là où la nourriture ne manque pas : cette idée préconçue à propos de cette pathologie semble se vérifier dans les faits. Pour autant, est-ce parce que la nourriture est présente en abondance que les individus la

prennent comme support à la pathologie mentale ? Quelles corrélations existe-t-il entre la place accordée à la nourriture par la société, les règles qui encadrent sa consommation et l'anorexie mentale ? Est-ce que l'appropriation d'une partie du contrôle des normes alimentaires par la médecine constitue une explication plausible au fait que la déviance alimentaire relève également de son regard et de ses critères ?

a) La diététique

« En tant que discours centrant le maintien en bonne santé et la guérison des maladies autour du respect d'une « diète » qui, étymologiquement, est tout un genre de vie, tout un rapport au cosmos, la diététique n'est pas seulement aussi ancienne que la médecine, en particulier sous ses formes grecques et médiévales : elle se confond totalement avec elle » (Ory, 2006 : 139). Médecine et alimentation entretiennent un rapport particulier, voire indissociable. Ceci s'explique par le fait que le principe d'incorporation implique que l'alimentation soit le premier moyen d'accéder à la maîtrise du corps, et devienne ainsi un outil privilégié d'intervention médicale (Fischler, 2001). Cette approche de l'alimentation, au départ régie par des normes sanitaires, dépasse pourtant le cadre de la santé physique. « L'approche hygiéniste implique en effet d'intervenir au plus intime de la vie quotidienne, sur des comportements vitaux (alimentation, sexualité, etc.) qui sont chargés de significations dépassant de loin les enjeux purement médicaux. Prescrire une diététique, un régime quotidien, c'est en effet régir les mœurs, et cela entraîne aisément à prendre des positions proprement morales » (*ibid.* : 233). Les aliments, forts du pouvoir symbolique qui leur est attribué, sont classés et triés selon des catégories relevant non pas de la science mais de l'idéologie. Nous y reviendrons plus tard, de manière à envisager cette idée plus en détail à propos du lien entre nourriture et statut social.

Un discours diététique autonome semble naître dans la seconde moitié du XX^e siècle : cette diététique moderne se base sur la notion nouvelle de vitamines et sur la prise en compte de la composition des aliments. Ce mouvement est relayé par une profession nouvelle, celle de diététicien, secteur d'emblée féminin ; un demi-siècle plus tard, la médecine se saisit elle aussi de ce phénomène, en créant la spécialité de médecin nutritionniste (Ory, 2006). À ce propos, l'épidémiologie de l'anorexie mentale met l'accent sur ces professions consacrées à l'alimentation,

principalement en ce qui concerne les diététiciennes (Maître, 2000). « Les sociétés d'abondance sont travaillées par le besoin de régler, de réguler leur alimentation. Ce sentiment d'urgence se manifeste de manière paradoxale : elles sont tout à la fois passionnées de cuisine et obsédées de régime » (Fischler, 2001 : 225). Cette situation paradoxale met les individus dans la position délicate d'un choix impossible. La société elle-même balance entre ces deux versants de la diététique. « Cette préoccupation croissante des sociétés développées, tendant chez certains individus à l'anxiété, voire à l'obsession, d'autant plus qu'elle se combine au diagnostic complexe, et difficilement traitable, de l'anorexie, nourrit, du coup, une vulgate diététique de plus en plus répandue et, en fonction des avancées de la connaissance biologique, de plus en plus sophistiquée, comme en témoigne le passage de la thématique de la « cellulite » à celle du « cholestérol », puis à celle du « bon » et du « mauvais » cholestérol, etc. » (Ory, 2006 : 140). Les nouvelles connaissances scientifiques induisent cette proposition contradictoire : ce qui est bon est mauvais. « Le sentiment dominant demeure que le plaisir alimentaire est le plus souvent trompeur sinon néfaste et, symétriquement, qu'une bonne santé exige la restriction, la maîtrise des pulsions et des désirs : il faut, en somme, sinon souffrir, du moins prendre sur soi pour être sain. Ainsi la cuisine s'opposerait au régime comme la recette à l'ordonnance ; l'esthétique s'opposerait à la diététique, au plaisir s'opposerait la santé et la beauté, à la gastronomie la bonne nutrition » (Fischler, 2001 : 229). Cette opposition entre plaisir et régime est sans doute liée à la conception antique et religieuse associant le plaisir, et notamment la gourmandise, au péché. Désormais relayée par les discours diététiques, celle-ci garde finalement le même sens, mais impacte différemment les mentalités, devenant la nouvelle parole sainte.

Au même titre que la cuisine change à travers le temps et l'espace, la manière de manger est également variable. La diététique dont nous traitons ici est dorénavant façonnée par la société contemporaine, avec ses codes et ses rythmes. Le mode de consommation actuel urbain semble ainsi renouveler les pratiques liées à l'alimentation. D'une part, le rapport au temps s'est profondément modifié : la durée de vie a augmenté et le temps de travail a diminué. Malgré cela, l'organisation traditionnelle du temps, appuyée sur les rythmes collectifs de masse, est vécue comme une contrainte par les individus qui ont l'impression que le temps leur manque ; les individus vont alors essayer de dégager du temps pour eux en limitant

la durée des activités nécessaires. « L'aspiration à une souplesse plus grande, à une « personnalisation » des horaires, devient de plus en plus pressante : c'est pourquoi, paradoxalement, alors que le temps « libre » est aujourd'hui plus abondant que jamais, les individus, après avoir gagné du temps et de l'énergie sur les tâches domestiques grâce à l'électroménager, cherchent à réduire encore le temps consacré aux activités quotidiennes, notamment à l'alimentation » (Fischler, 2001 : 185). D'autre part, le mode de vie moderne, « la civilisation de bureau » (*id.*), induit une faible production d'effort physique, qui induit un rapport à l'alimentation dans son aspect énergétique différent. « Dans les villes – et même les campagne – la généralisation du chauffage central a fait augmenter la température ambiante moyenne et baisser du même coup les dépenses en calories nécessaires à la thermorégulation des individus. De même, dans le mode de vie urbain, l'automobile et les transports diminuent le travail musculaire. Ainsi la dépense énergétique moyenne, qui était estimée à plus de 3000 calories par jour chez l'homme et 2400 chez la femme, serait tombée progressivement, depuis la fin des années cinquante environ, à 2200 et 1800 respectivement. Si nous dépensons moins de calories, nous en *absorbons* également moins » (*id.*). Nous mangeons plus vite, en moindre quantité.

Nos choix alimentaires sont de moins en moins encadrés. Pour décider de ce que nous allons consommer, il faut des critères auxquels se référer, moraux, économiques, médico-hygiéniques, etc. ; or, les idéologies et les croyances traditionnelles tendant de plus en plus à être remises en cause, les critères qui en découlent sont de plus en plus fragilisés, parfois introuvables. Cette autonomie croissante est ainsi, également, porteuse d'anomie. Dans la civilisation moderne, le mangeur est de plus en plus affranchi de ces encadrements sociaux des conduites individuelles, que ce soit au vis-à-vis du temps, des rites, ou des partenaires qui partagent son repas. « L'alimentation et la restauration modernes offrent toutes sortes de services et de produits permettant de consommer seul ou en compagnie, à toute heure, hors des contraintes du social et des manières de table, et pour tout dire souvent hors de la table » (Fischler, 2001 : 213). Cette liberté pourrait paraître salvatrice pour l'individu, détaché des contraintes traditionnelles régissant les manières de manger. Néanmoins, elle ne l'est que dans une certaine mesure : elle met le mangeur moderne dans une situation d'incertitude. L'individu doit faire ses propres choix, par lui-même. « L'alimentation est devenue un objet de décisions

quotidiennes et ces décisions sont tombées dans la sphère de l'individu » (*id.*). Ainsi, cette déstructuration fait passer les sociétés urbaines de « gastro-nomiques », c'est-à-dire où l'alimentation y est encadrée par des règles, à « gastro-anomiques », où ces règles y sont en voie d'assouplissement ou de désagrégation, et tolèrent une latitude individuelle plus grande. « La tendance gastro-anomique croissante laisse donc de plus en plus souvent les mangeurs seuls devant leurs pulsions, leurs appétits physiologiques. Cette situation peut être inconfortable : ils sont soumis à la fois aux sollicitations multiples de l'abondance moderne et aux prescriptions dissonantes de la cacophonie diététique » (Fischler, 2001 : 216).

b) Les régimes

« Le triomphe simultané et apparemment paradoxal de la cuisine et du régime n'est donc probablement rien d'autre que le produit d'un mécanisme de résolution de la crise de l'alimentation moderne, la réponse contemporaine au vide (ou au trop-plein) anomique du régime alimentaire » (Fischler, 2001 : 240). Cette *cacophonie diététique*, adjointe aux formes actuelles de beauté corporelle, a ainsi permis l'essor du phénomène des régimes. Dans les années 1970, Michel Guérard invente la « cuisine-minceur », qui allie cuisine et régime, au service du goût et de la lutte contre les kilos. À la fin des années 1980, cette tendance gagne la cuisine toute entière. La publicité « surfe » aussi sur la vague, contribuant à réconcilier le bon et le sain grâce à la « minceur-plaisir » (*ibid.*). Il semblerait que les principales cibles de cette vague marketing soient les femmes : « Ainsi de ces jolies femmes mises en scène par Lessieur au début des années quatre-vingt : « *Elles veulent tout.* ». Tout, entendez à la fois la jouissance (en particulier alimentaire), la beauté – c'est-à-dire la minceur – et la *forme*, cette entité de création récente qui recouvre santé, beauté et jeunesse et concentre les états internes de l'apparence » (Fischler, 2001 : 241). Encore une fois, il semblerait que les images de la femme et de la tentation soient indissociablement liées. C'est dans ce même temps qu'arrive sur le marché les *Weight Watchers*, programmes diététiques proposant des régimes uniquement basés sur le comptage des calories : une sorte de guide est proposé aux participants au régime, faisant correspondre chaque aliment à une teneur calorique chiffrée ; la personne choisit dans cette sorte de catalogue la composition de son repas, de manière à constituer un menu ayant une totalité quantifiée de calories. La « méthode Montignac », à partir de 1986 mais surtout après 1990, illustre

parfaitement cette tendance à la régulation sans grande de restrictions. Cette « méthode », qui s'adresse surtout aux hommes (bien qu'elle fasse aussi des adeptes chez les femmes), se revendique comme différente d'un régime. Selon Michel Montignac, la prise de poids serait liée à la consommation de mauvais glucides qui entraînerait un pic d'insuline. Ainsi, en plus de ne pas s'afficher sous le nom de régime, cette méthode prétend être fondée sur des théories médicales savantes, et ainsi, être plus scientifique et professionnelle que les autres « régimes » ; cette rhétorique argumentaire explique peut-être que cette « méthode » séduise en premier lieu les hommes.

Pour en revenir aux régimes aminçissants, il semblerait que ceux-ci aient fait leur apparition aux États-Unis dans les années 1950, sous l'impulsion de la vogue des stars hollywoodiennes. La silhouette des canons de beauté représentés par les étoiles du cinéma s'affine. Les préconisations alimentaires pour mincir sont alors de faire des régimes composés exclusivement d'ananas et de gambas, aliments réputés pour éliminer les graisses du corps, et ainsi amincir rapidement⁴. Outre le côté exotique flagrant de ce régime, qui dénote par là même d'une distinction sociale élitiste propre à l'alimentation, deux tendances s'affirment déjà : ces régimes s'appliquent tout particulièrement aux femmes, et ils sont d'abord l'affaire de modèles médiatiques avant de devenir celle de la population en général. La place grandissante accordée au corps et à la minceur entraîne une préoccupation croissante pour le poids. Cette attention, bien qu'elle touche les deux sexes, atteint davantage les femmes, à l'encontre desquelles l'injonction à la minceur est plus accentuée. Au départ réservé aux personnes appartenant aux couches les plus aisées de la population, le régime se démocratise et se pratique désormais par des individus, hommes ou femmes, de toutes classes sociales. C'est à partir des années 1960 que le régime devient une préoccupation unanimement partagée, puisque les trois quarts des français aisés – mais également 40 % – des ouvriers s'estiment trop gros (Boltanski, 1971).

Si l'on se fie aux statistiques, la quasi-totalité des adolescentes et des femmes occidentales se trouvent trop grosses, et au moins deux tiers d'entre elles ont déjà pratiqué un régime en vue d'un amaigrissement. Une étude menée auprès d'adolescentes scolarisées dans un lycée londonien révèle que les trois quarts d'entre

⁴ « Ces régimes qui font grossir », émission *Xenius*, diffusée sur la chaîne Arte le 16 avril 2013.

elles ont des comportements alimentaires anarchiques et désordonnés, provoqués par cette volonté de maintenir un poids correspondant à la norme, voire même légèrement inférieur à celle-ci. Quand on voit les chiffres de la prévalence d'adolescentes et de femmes dont le comportement alimentaire est pensé comme pathologique, avec notamment des phases de restrictions alimentaires très fortes, on en arrive presque à se demander si toutes les femmes sujettes à l'injonction du corps mince ne portent pas quelque part en elles une certaine forme d'anorexie. « Il est désormais malaisé de parler de normalité, tout au plus de moyenne et d'intervalle de confiance, et les chiffres amènent plus à définir un risque qu'une pathologie » (Moulin, 2006 : 18). Nous développerons cette idée plus loin dans le texte, lorsque nous reviendrons sur la notion de risque dans les politiques de santé publiques.

c) Les troubles du comportement alimentaire

Un préjugé persiste à propos de l'anorexie mentale : tout commence par un régime. « Du point de vue médical et psychologique, il y a consensus. Ce qui commence est l'anorexie, et l'anorexie commence par un régime. [...] Cette thèse du commencement par le régime est si consensuelle qu'elle en devient évidente, qu'elle constitue un trait de la pathologie » (Darmon, 2008 : 109). Cette idée est si ancrée dans les esprits qu'elle peut même entraîner la mise en doute des propos d'une patiente qui dirait ne pas avoir voulu faire de régime (*ibid.*). En revanche, ce préjugé semble ne concerner que les jeunes filles et femmes anorexiques. Dans la littérature psychiatrique concernant l'anorexie mentale masculine (qui est, la plupart, du temps d'emblée différenciée), on ne retrouve aucune trace d'un régime comme point de départ de l'entrée dans la pathologie. Ce point rejoint l'idée plus globale que les régimes amincissants sont avant tout une affaire de femmes. Pour en revenir à la question du lien entre régime et anorexie mentale, les jeunes filles commencent ainsi soit seulement par un régime, soit par un régime associé à d'autres pratiques, comme souvent le sport. Dans certains cas, l'idée d'un régime peut se déclencher seulement en cours de maladie. Quoi qu'il en soit, le contrôle que les anorexiques exercent sur leur poids est d'emblée associé à un régime. Cette association s'établit sur plusieurs critères : les aliments sont sélectionnés en fonction de leur valeur nutritive, les quantités sont calculées, et cette diète se fait en vue d'un amaigrissement. Les anorexiques connaissent très bien les codes de la diététique actuelle. Elles savent associer un aliment à un taux quantifié de graisses, glucides,

lipides. Elles savent parfaitement la teneur calorique de ce qu'elles consomment. Mais elles poussent cette logique de quantification à l'extrême, au point que n'importe quel aliment perd sa qualité première de nourriture agréable ou essentielle, pour ne devenir qu'une chose sans essence et sans goût, uniquement perçue au prisme de sa valeur calorique, qui devient le critère de choix premier. De même, la restriction de la quantité s'accroît au fur et à mesure de la plongée dans la maladie, jusqu'à ce que l'aliment soit dépourvu de sa fonction vitale d'alimentation du corps. L'aliment devient un ennemi, un nuisible ; même le moins calorique d'entre eux sera alors envisagé comme nocif : l'absorber reviendrait à grossir, et les anorexiques ne veulent surtout pas grossir, quel qu'en soit le prix. L'anorexie mentale, du fait du comportement de restriction alimentaire extrême qu'exercent les malades sur eux-mêmes, illustre ainsi le paroxysme du régime, la logique du rapport à l'aliment prôné par la diététique contemporaine poussée à l'extrême, jusqu'à la déviance. Ainsi, l'anorexie mentale porte en elle un paradoxe intrinsèque : cette maladie s'ancre dans un schéma normatif relatif à l'alimentation, à savoir le contrôle du poids et la surveillance de l'alimentation, qu'elle applique à la lettre ; elle s'approprie ces codes pour mieux les utiliser ; mais elle applique cette logique de manière si implacable qu'elle en devient nocive. Elle détourne les codes du sain pour en faire ceux de la maladie.

L'anorexie mentale, du fait de son symptôme majeur qu'est l'arrêt quasi-total ou total d'absorption de nourriture, est une pathologie qui prend place dans les troubles du comportement alimentaire. Deux remarques s'imposent alors à nous. La première, sur laquelle nous reviendrons par la suite, est que bien que les restrictions alimentaires soient caractéristiques de cette pathologie, elles n'en sont toutefois qu'une constituante. D'ailleurs, dans les critères des classifications psychiatriques et médicales en général, rien n'est dit à propos du rapport qu'entretiennent les malades avec la nourriture : l'accent est mis sur le poids, c'est-à-dire le refus de maintenir un poids au niveau ou au-dessus d'un poids normal pour la taille et l'âge. Ceci pourrait laisser entendre que le régime que les anorexiques s'imposent n'est en quelque sorte qu'une conséquence secondaire de l'altération première du rapport subjectif au corps. Si l'on suit cette idée, l'anorexie mentale ne serait pas un trouble du comportement alimentaire, mais un trouble lié au ressenti de corps, à sa perception. Pourtant, la dysmorphophobie n'est qu'un des critères diagnostic de cette pathologie. Il semblerait en tout cas qu'il y ait à réfléchir sur la question : le

fait de considérer l'anorexie mentale comme un trouble du comportement alimentaire semble mettre en avant sa conséquence comme si elle en était la cause. Néanmoins, puisque c'est l'amaigrissement extrême des personnes qui constitue réellement la maladie dans les représentations que l'on s'en fait, le corps maigre est ainsi à la fois cause et conséquence de la pathologie. Ainsi, la restriction alimentaire est indissociable de la perte de poids, et se fonde implicitement en elle dans les définitions cliniques.

Une seconde remarque est à faire à propos de la question de la catégorie de trouble du comportement alimentaire. L'anorexie mentale semble, dans une certaine mesure, pouvoir être comparée à un nouveau trouble alimentaire, dernièrement médiatisé bien que rentré dans le vocabulaire médical à la fin des années 1990 : l'orthorexie. Cette pathologie est caractérisée par l'ingestion d'une nourriture saine. Comme pour le cas de l'anorexie, l'orthorexie est aussi considérée comme une déviance, par excès par rapport à la norme. Ces deux pathologies sont à la fois, dans une certaine mesure, conformes aux conseils diététiques et à l'image actuelle que l'on se fait du bien-être, bien vivre, bien manger ; et en même temps, elles sont déviances, déviances par excès. Dans le cas de l'anorexie mentale, il s'agit, en quelque sorte, d'abord de « trop » compter les calories, de « trop » réduire son apport calorique, puis de « trop » maintenir son régime, enfin de « trop » perdre de poids. Pour ce qui est de l'orthorexie, il s'agit alors de « trop » faire attention à son alimentation, de « trop » surveiller la qualité des produits, de « trop » planifier ses repas, de « trop » envisager le contrôle de ce que l'on mange comme nécessaire à la santé. Pour ces deux formes de déviances – même si l'anorexie est reconnue comme un trouble psychiatrique depuis longtemps, ce qui lui donne une assise scientifique bien plus solide que dans le cas de l'orthorexie – il s'agit au départ d'une conformation aux normes du bien-être socialement valorisées. C'est l'intensité avec laquelle est posé et maintenu l'engagement qui relève du pathologique ; le comportement en lui-même est *normal* au départ. À ce propos, il semblerait que les frontières entre le normal et le pathologique dans le domaine de la restriction alimentaire soit de plus en plus floue. Les lignes bougent. Lorsqu'un programme de télévision papier⁵ titre en couverture « Régime Minceur : Si on essayait la diète 2 jours par semaine ? », et qu'il intitule l'article consacré « Je me sens bien : Super

⁵ Programme télévision *Télé 7 Jours*, du 19 au 25 avril 2014.

détox... le jeûne », on ne sait plus trop où se situe la norme en matière de comportement alimentaire. L'article, après avoir exposé les bienfaits de la diète, propose des menus permettant de consommer environ trois-cent calories par jour, en sautant l'un des deux repas principaux. S'en suivent des témoignages, dans lesquels des femmes donnent les chiffres de leur perte de poids grâce à cette « méthode », et expliquent comment contourner la faim (boire de l'eau et sortir faire un tour). Ces conseils sont les mêmes que ceux que se donnent les jeunes filles anorexiques sur les forums. Cet article, même s'il semble s'adresser à des femmes dans la force de l'âge, est toutefois publié dans un programme de télévision, c'est-à-dire un magazine sensé être partagé par toute la famille, consacré au divertissement. Ce cas particulier, qui n'est pas une exception, est tout à fait exemplaire de la banalisation du régime draconien. Il paraît presque normal qu'une femme s'affame dans le but de rester mince. La diète fait des émules, et, à l'approche de l'été, les articles consacrés à une perte rapide et importante de poids envahissent la presse féminine, et même la presse familiale. Sans aller jusqu'à jeter la pierre à ce genre de littérature, en l'accusant de favoriser le développement de l'anorexie mentale, on ne peut toutefois pas rester indifférent face à ces ordonnances grand public qui repoussent les limites de l'injonction à la minceur féminine, et, encourageant ces femmes à modeler leur corps *via* la privation alimentaire, érigent le jeûne en nouvelle norme. « La norme résiste pourtant, réclamant travail plus que délassement, contrainte plus que relâchement : l'amincissement est « épreuve », comme sont tout simplement « épreuves » les normes sociales » (Amadiou, 2005 : 250).

3. La diffusion des normes occidentales

Le corps nouveau, façonné par l'esthétique et l'alimentation, semble devenir un canon mondial, sous l'impulsion des normes occidentales. « L'ordinaire des corps humains est, par définition – entendons : par délimitation –, soumis à l'influence du mouvement général des sociétés » (Ory, 2006 : 133). En France, comme dans les autres pays d'Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, la première diffusion des normes de beauté corporelle s'effectue des villes vers les campagnes. L'urbanisation massive active ce phénomène. « Le mode de vie urbain,

qui jouait déjà un rôle de référence au sein des élites traditionnelles, impose désormais ses valeurs à la masse de la population, soit directement, au sein d'agglomérations en expansion continue, soit indirectement, par le double biais de la « rurbanisation » des rythmes de vie dans les zones périurbaines ou de l'imposition, par les cultures savantes comme par les cultures populaires, des modes de comportement de « la ville » à des communautés rurales en processus continu de dévitalisation et de déstructuration » (*id.*). Plus encore, elles se propagent des élites vers les classes moyennes et populaires⁶. Ces mêmes normes occidentales se diffusent dans un premier temps d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord vers les élites dirigeantes de tous les autres pays dès le lendemain de la Première Guerre mondiale (*ibid.*). Le développement des moyens de communication permet de propager à grande échelle l'image d'un canon féminin filiforme, codifié selon les normes de la culture occidentale. « La beauté va être présente ensuite, avec une diffusion immense dans l'imaginaire des masses, à travers la culture et les arts populaires, le rêve hollywoodien, l'art des illustrateurs producteurs de pin-up, les photographies des stars, à travers l'apport multiforme et proliférant de la publicité pour les produits de beauté, le maquillage et la mode, et en général tout ce qui fait miroiter un monde de rêve » (Michaud, 2006 : 442).

L'impact de cette diffusion d'un idéal de beauté par les moyens de communication modernes se ressent dans tous les points du globe. « Ne trouvait-on pas dans la presse en mai 1999 une information selon laquelle les vahinés des îles Fidji qui se trouvent trop grosses recourent aux vomissements délibérés pour se conformer aux normes esthétiques répandues par la télévision ? » (Maître, 2000 : 80). L'expansion de l'hégémonie de la culture américaine semble ainsi être à l'origine d'un mouvement global de travail du corps. En même temps que les images se diffusent, elles modifient les pratiques et les représentations de ceux qui y sont exposés. Karine Tinat, dans une enquête ethnographique sur l'anorexie mentale à Mexico, relève l'impact de la diffusion des canons esthétiques sur les adolescentes. Le culte de la minceur y est désormais courant. « Il suffit de longer l'avenue du Président Masarik pour contempler les boutiques de haute couture, où les mannequins, semblables à ceux des pays « occidentaux », présentent des corps

⁶ Bien que, concernant les classes moyennes, leur apparition soit concomitante à l'urbanisation. On ne peut donc pas totalement penser la diffusion des normes d'esthétique corporelle à cette couche de la population en termes de diffusion entre espace urbain et espace rural.

longilignes et de couleur claire, auxquels peu de Mexicaines peuvent s'identifier. Parallèlement, dans les quartiers populaires, l'œil est constamment arrêté par d'immenses inscriptions murales : « Perdez du poids ». Enfin, dans les couloirs du métro ou sur les marchés, des herboristes offrent tous types de remèdes pour maigrir. L'injonction à la minceur est visible en tous lieux et s'adresse à toutes les couches de population » (Tinat, 2006 : 105). Dans cette enquête, les jeunes filles anorexiques interrogées sont unanimes : l'esthétique corporelle des mannequins visibles dans les revues et les vitrines les encouragent à maigrir. Suivre la mode est, selon elles, essentiel « pour être heureuses dans la société » (*ibid.* : 106). Plus que les images, se sont ainsi les pratiques qui se sont répandues d'une culture à l'autre. Le mode de vie urbain semble aussi être très similaire entre les grandes villes américaines et Mexico. C'est ce qui fait dire à Tinat, qui reprend alors le concept de Fischler, que la *gastro-anomie* est aussi présente dans la capitale mexicaine, et est ainsi en partie responsable de la forte présence de l'anorexie mentale. « Mexico, aux dimensions hors normes (environ 20 millions d'habitants et 350 quartiers), n'échappe pas à cette anomie alimentaire. L'agglomération est tellement étendue que les déplacements entre le foyer et le lieu de travail peuvent mobiliser entre deux et quatre heures dans la journée d'un individu. Ces contraintes journalières impliquent un mode d'alimentation « sur mesure » pour chacun et la ville offre pour cela un nombre incalculable de points d'alimentation. [...] L'alimentation mexicaine traditionnellement composée de trois repas est remplacée par une prise alimentaire permanente et à la sauvette, sur le chemin du travail, ou entre un métro et un microbus. Lors des entretiens, les jeunes anorexiques mettent en récit cette « gastro anomie » qu'implique la vie à Mexico » (Tinat, 2006 : 107)

En même temps qu'elle diffuse des façons de faire calquées sur le modèle occidental, et surtout américain, la mondialisation propage des façons d'aimer, ce à quoi l'alimentation n'échappe pas. « Les prophètes du marketing semblent confirmer à leur manière les perspectives qui désespèrent les gourmets : ils pronostiquent une uniformisation presque totale des mœurs alimentaires, une « mondialisation » des goûts » (Fischler, 2001 : 196). Et si l'augmentation de la prévalence de l'anorexie à l'échelle mondial était aussi à mettre en relation avec l'uniformisation des goûts, et donc du rapport à l'alimentation ? Cette thèse pourrait en tout cas se vérifier sous certains aspects à Mexico. « Le modèle alimentaire le plus généralisé au Mexique tend à ressembler au modèle américain. Trápaga Delfín

rappelle que les États-Unis représentent le marché avec lequel le Mexique réalise plus de 80 % de son commerce alimentaire. Cette influence américaine est signalée par les filles, qu'elles aient séjourné ou non dans le pays voisin. À travers les entretiens, on note que les jeunes filles à la fois se laissent absorber par l'image de la minceur et se distancient des aliments « nuisibles », connus pour favoriser l'obésité » (Tinat, 2006 : 107).

Quoi qu'il en soit, en propageant une image idéale de l'esthétique corporelle féminine mince, la diffusion des normes occidentales impacte *de facto* les pratiques alimentaires des sociétés qui accueillent ces nouveaux codes. « Chez les Mauritaniennes, le gavage rituel des filles en vue d'alliances matrimoniales correspond à une valorisation de ce qui constituerait une « obésité » dans les pays industrialisés. Toutefois, le choc culturel produit par les images occidentales du corps féminin idéal entraîne dans les couches supérieures de la société, notamment mais pas seulement chez les jeunes, des restrictions alimentaires drastiques en vue d'allègement » (Maître, 2000 : 71). Ces quelques exemples montrent de façon criante l'uniformisation des normes esthétiques et comportementales qui s'est répandue dans presque toutes les sociétés. « Dans le monde contemporain, la nourriture et le corps sont des ressources sur lesquelles il convient d'avoir prise. Ainsi la nourriture et le corps sont-ils perçus comme mettant en péril la maîtrise de soi et des autres. Ils signifient la force indomptée et rebelle, la démesure, la surabondance. Les femmes sont submergées par les messages de la culture populaire, véhiculée par les publicités de la presse et de la télévision, qui les pressent d'agir sur leur corps, à grand renfort de déodorant, de tranquillisants, de remèdes contre la migraine et de régimes. Dans la société contemporaine, les seins ne sont pas des symboles de la nourriture. Ni les adolescentes, ni leurs parents ne leur font une fête de la venue de la puberté. Ils redoutent les règles, car elles sont preuve de vulnérabilité, et non prélude à la maternité et à l'amour. Le corps et la nourriture symbolisent donc notre incapacité à nous dominer » (Bynum, 1994 : 414). Ainsi, les normes corporelles occidentales qui se sont répandues à l'échelle mondiale transforment les sociétés à leur contact, imposant notamment aux femmes l'idée d'une beauté planétaire et aculturelle, personnifiée par Miss Monde.

4. Le corps musclé

Avec l'esthétique corporelle et les comportements alimentaires qui y sont liés, nous ne pouvons pas occulter dans notre étude une autre pratique indissociable de la minceur : le sport. C'est pourquoi nous nous intéresserons, après avoir brossé une rapide histoire de ces pratiques en occident, aux représentations du muscle en tant que critère esthétique de l'idéal normatif corporel. De surcroît, la prévalence de l'anorexie mentale chez certaines catégories de sportifs participe à la nécessité de prendre en compte cet aspect du travail du corps contemporain.

a) Histoire du sport

Les jeux physiques précèdent le sport à proprement parler ; ils en diffèrent fondamentalement dans leur structure et leur pratique. Ils se développent en France et en Europe dès le XVI^e siècle. Ces jeux relèvent déjà d'un certain discours de santé : le mouvement physique aiderait à évacuer les humeurs qui stagnent dans le corps ; le jeu est alors une activité bénéfique, qui agit par frottement et échauffement. « Encore faut-il souligner combien la référence prioritaire à l'expulsion a une conséquence précise : celle de retirer toute spécificité à l'exercice. Elle rend ses effets substituables à ceux d'autres pratiques, comme la purge ou la saignée par exemple » (Vigarello, 2005 : 296). De plus, le port du corset donne la priorité au redressement sur le muscle : l'activité physique n'a ainsi pas encore vocation à modeler le corps, comme c'est le cas aujourd'hui. Le jeu a également une dimension morale très forte : il est longtemps déprécié par la morale religieuse, car considéré comme un divertissement pouvant amener aux plaisirs de la chair (Vigarello, 2005). Un renversement de perspective s'opère pourtant quelques siècles plus tard : dans les années 1840 en Angleterre, les activités sportives sont promues en tant que « récréations rationnelles », pour remplacer les « distractions juvéniles spontanées » (Corbin, 2005 : 152), autrement dit, la masturbation.

Cette même logique est à l'origine de la diffusion du sport dans les différentes couches de la société : « Si le sport amateur touchait avant tout la classe bourgeoise au XIX^e siècle, le besoin d'offrir aux ouvriers ce que l'époque victorienne appelait des « divertissement rationnels » joua aussi un rôle important dans sa diffusion » (Vigarello & Holt, 2005 : 341). L'idéologie populiste de masse se diffuse aussi à travers le sport. « De nombreuses alliances étaient possibles entre

sports d'équipe et sports individuels. Tous procuraient au corps une variété de mouvements adaptés aux besoins du nouveau monde urbain ; mais le sport ne tarda pas à prendre d'autres significations, en termes de race, de nation et d'empire. Il incarna littéralement les nouvelles vertus masculines de l'âge industriel : le culte de l'effort et du mérite, la valeur de la compétition pour elle-même, la méfiance pour tout ce qui était purement intellectuel, la croyance absolue en la différence des genres, vue comme naturelle et juste, et une adhésion tout aussi forte à l'idée de la supériorité de l'homme blanc sur les autres races » (*ibid.* : 342). Nous ne parlerons toutefois pas ici de la récupération du sport par le régime nazi en tant que faire valoir de l'idéologie et arme de maintien de la soumission du peuple, bien que l'histoire du sport en soit fortement marquée. Le développement des villes et la modification subséquente des rythmes de la vie, facilite l'entrée du sport dans la vie quotidienne. « L'idée de l'activité constante s'était imposée au cours du XIX^e siècle, et cela valait aussi pour les exercices physiques : le nouveau monde urbain n'était pas sensible aux différences de saisons » (*ibid.* : 362).

L'activité sportive, au XIX^e siècle, était presque exclusivement masculine. « Elle permettait d'explorer, de définir et de célébrer la puissance du corps de l'homme » (Vigarello & Holt, 2005 : 368). Ce fait n'est pas indépendant de l'idéologie médicale dominante : « La médecine de l'époque victorienne libéra le corps masculin, mais corseta celui des femmes de la classe moyenne. Elle soulignait les différences entre les sexes et considérait que les exercices qui exigeaient de la vigueur présentaient des dangers pour les femmes » (*ibid.* : 369). Des changements significatifs sont toutefois apparus à la fin du XIX^e siècle. Les femmes de la classe moyenne, en particulier les enseignantes, rejettent de plus en plus fermement la notion d'un corps féminin faible et passif. Les femmes populaires sont encore néanmoins exclues de ce mouvement d'émancipation du corps par la pratique d'une activité physique (*id.*).

Au XIX^e siècle, les performances corporelles commencent à être mesurées et comptabilisées (Vigarello & Holt, 2005). Cette stratégie de mesure et de calcul, loin de disparaître, se répand au corps : au siècle suivant, ce sont les individus eux-mêmes qui sont mesurés, de manière à évaluer l'impact bénéfique de l'activité physique sur le volume musculaire, et sur l'anatomie générale (Vigarello, 2006). Après la deuxième guerre mondiale, le succès définitif du sport s'instaure avec la

réussite des clubs et son intégration aux filières scolaires ; le sport devient ainsi une étape pédagogique au même titre que les autres enseignements (*ibid.*).

Le sport, et plus généralement l'activité physique, se sont imposés comme des éléments de la vie quotidienne. Une dimension nouvelle prend forme au XX^e siècle, avec la notion d'*entraînement*. « C'est son insensible transformation plus encore : l'intérêt porté d'abord à la volonté et à ses effets, l'intérêt porté ensuite aux zones plus obscures du corps, aux résistances, aux obstacles cachés. Le passage de la seule force, par exemple, à un objectif plus profond, plus complexe, celui d'un interminable et intime épanouissement. D'où l'idée d'une maîtrise accrue, mais aussi d'une connaissance plus intériorisée. D'où ce constat, surtout, d'un entraînement physique et d'un développement de soi s'infléchissant avec l'image même du corps, devenu, avec le siècle, un enjeu toujours plus évident et central de l'identité » (Vigarelli, 2006 : 169). L'entraînement ne relève pas seulement de l'hygiène et de la morale, mais aussi du dépassement personnel. La performance physique est, par analogie, assimilée à une force de caractère ; l'entraînement à l'endurance du corps est un entraînement préparant à faire face aux choses de la vie. Cette affirmation nouvelle de soi par l'exercice physique va de pair avec le développement d'une littérature psychologisante sur la « confiance en soi ». Dans cette lignée, les années 1960 sont marquées par l'essor du sensible dans l'activité sportive : il ne faut plus seulement pratiquer un effort, il faut le sentir, ressentir ses effets sur le corps, sentir ses mouvements, sa respiration, etc. Les voies du sensible s'approfondissent avec les pratiques des années 1970-1980. Les sensations prennent une autre profondeur avec la croyance au corps « profond » : à travers les blocages et les résistances du corps dans le sport, ce serait l'inconscient qui exprimerait ses affects (*ibid.*).

Plus que le sport, ce qui est désormais avant tout valorisé est la *dépense corporelle*. Celle-ci peut être festive, comme c'est le cas de la dépense corporelle liée à la danse durant les bals, plutôt populaires, ou en « boîte de nuit », qui étaient, lors de leur création pendant l'entre-deux-guerres, destinées aux classes dominantes⁷. La dépense corporelle peut aussi se mouler dans un cadre plus formel, en se reconstruisant sous forme sportive, parfois sans esprit de compétition, mais toujours dans une recherche de l'effort intense. La valorisation de la dépense

⁷ Aujourd'hui encore, bien que démocratisées, les boîtes de nuits sont, de par leur variété, un marqueur de distinction sociale entre les différents groupes de population qui les fréquentent.

physique pour elle-même est à mettre en lien avec les théories hygiénistes du corps mince comme corps sain. Il s'agit en premier lieu de brûler des graisses, quantifiées et comptabilisées sous forme de calories. Il est alors question de rendre l'amincissement le plus ludique possible, de l'oublier dans l'activité bien qu'il soit la motivation première de celle-ci. Si l'on parle ici d'hygiénisme et de calcul de l'énergie corporelle, un autre point est alors à aborder. À partir de l'entre-deux-guerres et du modèle taylorien se développe une réflexion nouvelle autour des *arts ménagers* (Ory, 2006). Cette nouvelle manière de pratiquer le ménage, alors exclusivement féminine, conjugée aux pratiques de dépense physique quotidiennes, a conduit par la suite à rendre ludique cette pratique. Ainsi, les articles de presse féminine qui traitent de l'amincissement sont nombreux à intégrer les tâches ménagères dans les activités quotidiennes permettant de mincir sans en avoir l'air. Passer l'aspirateur pendant tant de minutes revient à brûler tant de calories ; faire la vaisselle tant d'autres.

On voit bien que l'histoire de la beauté est parallèle à celle du sport, et plus largement de l'activité physique. La manière de concevoir ce qui est bien pour le corps, ce qui est esthétique et ce qui y contribue, induit la manière dont le corps est plus ou moins libre de ses mouvements. De même, au plus la société valorise la liberté individuelle, au plus les individus sont libres d'agir dans ce domaine : la pratique physique est moins encadrée, tant spatialement que temporellement, et moins normée. Ce rapport au corps via l'activité physique induit une rhétorique nouvelle : un corps beau est un corps sain, et un corps sain est un corps ferme.

b) Le muscle

Comme nous venons de le voir, le travail esthétique du corps passe par l'exercice physique, non seulement dans l'objectif d'un corps sain, mais avant tout dans celui d'avoir un corps musclé. Le muscle en lui-même est ainsi devenu un critère esthétique, autant pour les femmes que pour les hommes. « Aux États-Unis, en effet, le muscle est partout. [...] Il règne sans partage sur les grands et les petits écrans. Il a cessé d'être le privilège d'un sexe et le signe écrasant de sa domination sur l'autre : il n'y a plus désormais de sexe faible » (Courtine, 1993 : 226). Le muscle n'est pas seulement un appareil extérieur et esthétique. Depuis les années 1920-1930, la notion de muscle s'applique également au corps de « dedans » : intériorisé, il prend une dimension nouvelle, dépassant la seule signification physiologique. « Un

univers émerge lentement, jusque-là peu évoqué dans les pratiques du corps : celui des muscles éprouvés, interrogés, « conscientisés ». Le corps s'est « psychologisé », à l'image d'un individu qui se revendique plus maître de lui avec la modernité » (Vigarello, 2006 : 185-186).

Plus que d'être valorisé dans par les normes esthétiques, l'aspect musclé et ferme du corps est désormais pensé comme le reflet extérieur de qualités intérieures. Ainsi, les personnes trop maigres ou trop grosses par rapport aux normes idéales se verront d'emblée jugées péjorativement en fonction de leur silhouette, alors que le « mésomorphe » ou musclé se verra *a priori* attribuer des traits de personnalité positifs ; l'homme sera vu comme dynamique et sportif, la femme comme décidée, sûre d'elle, sociable, etc. (Amadiou, 2005). « Le « développement » du corps est bien devenu pour beaucoup aujourd'hui le cœur d'une expérience intime : l'exemple privilégié d'une exploration de l'identité » (Vigarello, 2006 : 206). L'apparence est devenue indissociable de la personnalité.

Pour les personnes atteintes d'anorexie mentale, le sport et l'exercice physique sont également des pratiques quotidiennes, mais poussées à outrance. Le but premier est l'élimination des graisses, la perte de poids. « La recherche du « maigre et ferme » est au centre de leurs conduites : toutes rêvent d'avoir un ventre plat ou creux, moins flasque et plus dur ; toutes luttent contre la mollesse de leurs membres, désirant à tout prix plus de muscles » (Tinat, 2006 : 108). Les jeunes filles anorexiques pratiquent plutôt des sports individuels, peu de sports collectifs (Darmon, 2008). Mais dans le travail de contrôle qu'elles effectuent sur leur corps, tout exercice physique est bon à prendre : chaque dépense énergétique est une élimination de calories. Ainsi, le poids devient dans ce trouble une telle obsession que l'activité physique est pratiquée à l'extrême. Certaines jeunes filles anorexiques peuvent passer plusieurs heures à monter et descendre les marches d'un escalier, dans l'unique but de la dépense physique (*ibid.*). De surcroît, elles ont tendance à privilégier des exercices qui se remarquent le moins possible pour ne pas attirer l'attention de leur entourage, et notamment de leur famille, sur l'intensité avec laquelle elles s'appliquent à brûler jusqu'à la dernière graisse. Une autre remarque s'impose : pour les premiers cas d'anorexie mentale décrits par des médecins, le sport n'était pas encore démocratisé comme il l'est à l'heure actuelle. Ainsi, les descriptions font état de sorties en plein air, de balades, de longues marches. Si la recherche du corps maigre a toujours imposé que les anorexiques travaillent

physiquement leur corps, il semblerait que les pratiques par lesquelles elles passent varient en fonction de celles admises et valorisées par la société contemporaine. Si les anorexiques font du sport, réciproquement, certains milieux sportifs paraissent favoriser le déclenchement de la pathologie.

c) L'anorexie mentale dans le sport

Le milieu de la danse, et principalement celui de la danse classique, est reconnu pour être un environnement ayant une forte prévalence de cas d'anorexie mentale. « Selon une étude récente sur les jeunes ballerines, le taux serait d'une pour six » (Bell, 1989 : 2). Outre le fait que ce soit un milieu majoritairement féminin, ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. La pratique de la danse classique à haut niveau nécessite un contrôle absolu de son corps : celui-ci doit être parfait, dans tout ce qu'il donne à voir, autant dans l'apparence elle-même que dans la gestuelle. Elle exige également un entraînement quotidien, un régime alimentaire très surveillé. Ainsi, ce milieu pourrait être d'emblée attirant pour des jeunes filles anorexiques, qui y trouveraient un moyen d'exercer un contrôle drastique sur leur corps légitimé par leur activité professionnelle. Nous reviendrons sur cette idée à propos du mannequinat. D'autre part, les ballerines, en plus de se devoir d'être irréprochables sur leur comportement et sur leur silhouette, se doivent d'être jeunes, car le métier l'exige. L'anorexie mentale, si l'on suit certaines théories psychanalytiques, serait alors également un refus dans ce milieu du vieillissement du corps. Quoi qu'il en soit, « la réalisation de certains mode de vie anorexiques à travers des performances corporelles ascétiques de haut niveau (artistiques ou sportives) trouve dans la compétitivité une partie de son dynamisme social » (Maître, 2000 : 75).

Un autre domaine où l'anorexie mentale est relativement fréquente est celui des sports hippiques, surtout chez les jockeys au galop (Maître, 2000). Déjà au XVIII^e siècle, les jockeys étaient connus pour leur poids plume (Vigarello & Holt, 2005). « Les jockeys, dont le poids était souvent celui d'un enfant, comptait déjà parmi les figures les plus emblématiques du sport ; ils perdaient souvent la santé à force de purgatifs, de diète et de bains de vapeur qui leur permettaient de réduire leur poids au minimum. Le plus célèbre des jockeys victoriens, Fred Archer, fut champion pendant treize saisons consécutives. Il emporta le Derby de 1880 malgré une très grave blessure au bras (on le lui avait attaché au corps). Courageux et

exceptionnellement populaire, il souffrait de dépression et se suicida alors qu'il était au sommet de sa gloire. Si Archer fut un grand sportif professionnel, il était l'antithèse de l'idéal physique du sport amateur – un esprit sain dans un corps sain » (*ibid.* : 347-348). Le fait que ce milieu soit quasi-exclusivement masculin semble induire une manière particulière de concevoir ces formes d'anorexie. Dans le cas présent, il s'agit d'amaigrir son corps non pas pour le rendre plus beau, mais pour le rendre plus performant. Cette idée rejoint celle plus générale que les hommes et les femmes anorexiques ne le sont pas de la même manière, et soulève une fois encore la question du genre dans l'anorexie mentale, que nous examinerons pour elle-même de manière plus poussée par la suite.

Sans aller jusqu'à parler d'anorexie, de nombreux sports, lorsqu'ils sont pratiqués de manière intensive, vont de pair avec un régime particulier. « Les restrictions alimentaires resurgissent ici de conserve avec la rigueur et la pénibilité des discipline corporelles, car le body-building s'accompagne de jogging, aérobics et régimes basses calories » (Maître, 2000 : 73). La recherche d'un corps qui soit esthétiquement valorisé est désormais indissociable d'une diète particulière et d'une dépense physique régulière. Ainsi, si la quête du corps idéal, mince et musclé, est devenu une préoccupation largement partagée par les individus ayant pour référents ces mêmes codes normatifs occidentaux, c'est parce que ce corps idéalisé est aussi et avant tout un corps social, qui se montre et se revendique comme étant sien dans l'espace public, en tant qu'extension de son « soi » intérieur et véritable.

5. Le corps exhibé

a) Le culte du corps

« Jamais, avant le XX^e siècle, le corps sexué n'avait été l'objet de soins aussi attentifs. Exhibé par chacun, omniprésent dans l'espace visuel, il occupe également un rôle croissant dans les représentations tant savantes que médiatiques. Il est même devenu un enjeu médical et commercial » (Sohn, 2006 : 95). L'érosion de la pudeur privée débute avec la mise à nu des corps dans les loisirs balnéaires et les modes qui y sont liés. Le maillot de bain découvre de plus en plus le corps ; le maillot deux pièces apparaît même dès les années 1920 sur la Côte d'Azur. Le bikini est lancé par Louis Réault en 1946 ; le monokini attendra 1964 pour faire son entrée sur les

plages de Saint-Tropez. Le recul de la pudeur implique ainsi un nouveau travail sur le corps, entre musculation et amincissement (*ibid.*). Ce nouveau corps, exposé au soleil, induit un nouvel élément caractéristique de la beauté : le bronzage. « On voit qu'il faudrait, pour rendre compte d'un tel bouleversement, mobiliser tous les ordres d'interprétation. Ordre du politique, qui expose le « corps social » au plein air de l'éducation physique puis des congés payés, ordre de l'économique, plus encore, qui conduit une société de plus en plus urbanisée et industrialisée à renverser son critère épidermique distinctif – l'élite se distinguera désormais non plus du rustre hâlé mais de l'ouvrier ou de l'employé blafard –, mais surtout ordre du culturel, comme forme épidermique du grand mouvement naturiste qui va soulever le siècle » (Ory, 2006 : 148). Même si la pudeur est encadrée par la loi jusque dans les années 1950, la publicité utilise dès les années 1900 des représentations suggestives, des photographies de femmes en tenues légères ou dans des positions alors jugées affriolantes. La pornographie, qui existait déjà dans la littérature, est portée à l'écran dès 1900. Dans les années 1950, la « presse de charme » apparaît, et le magazine *Playboy* tire déjà à quatre cent mille exemplaires en 1959 (Sohn, 2006).

Le corps féminin, bien plus que le corps masculin, est ainsi concerné par cette mise à nu. Si la morale puritaine s'applique aux deux sexes, l'injonction à la pudeur envers les femmes est bien plus coercitive que celle s'appliquant aux hommes. Comme nous l'avons vu précédemment, le corps de la femme a, pendant des siècles, été conçu comme une incitation aux péchés de la chair. Il semblerait que, d'une certaine manière, la morale religieuse disparaissant, le corps féminin est toujours envisagé comme un objet de fantasme et de désir, dans un cadre de représentations désormais détaché de la morale répressive. Cette libération du corps féminin est ainsi paradoxale : en même temps qu'elle contribue d'une libération de la femme en elle-même, en tant qu'individu moral et physique, elle participe d'un maintien de l'instrumentalisation du corps féminin par la société patriarcale. « La domination masculine sait donc se renouveler et s'avancer, masquée, sous le drapeau de la liberté sexuelle » (Sohn, 2006 : 131).

Les hommes n'échappent néanmoins pas au culte du corps. L'exemple le plus flagrant en est le body-building. « Les touristes prennent des photos, les bodybuilders prennent la pose » (Courtine, 1993 : 225). La pratique de ce sport est indissociable du fait de montrer le corps ainsi travaillé, musclé et huilé, mis en scène. Le body-building constitue l'une des manifestations les plus spectaculaires

d'une culture américaine de l'apparence et du corps. Mais il n'est pas un simple spectacle : il est soutenu par une industrie, un marché et un ensemble de pratiques de masse (*ibid.*). « La beauté est un capital, la force un investissement, tous deux sont des marchandises dont la valeur d'échange va s'accroître au cours du siècle » (*ibid.* : 239). La culture contemporaine du corps aux États-Unis, et au-delà dans les sociétés occidentales, est prise toute entière dans le cycle de l'absorption et de l'élimination, aussi bien organique qu'économique. Cette culture a ainsi été caractérisée par quelques-uns de ses observateurs comme étant avant tout la manifestation d'une personnalité narcissique (Courtine, 1993). Toutefois, qualifier le fort mouvement d'individuation – qui pose au centre de l'univers, donc de la société, un individu à la recherche de son autonomie individuelle par son entretien et son épanouissement corporel – de « narcissique » rend bien compte de « l'importance des dispositifs spéculaires en jeu, mais recèle aussi, plus ou moins explicitement, au jugement de valeur qui, lui, témoigne surtout de l'importance du basculement » (Ory, 2006 : 164). Les bodybuilders sont ainsi les prototypes idéaux, bien que poussés à l'extrême, de l'esthétique masculine, tout en muscle. Le rejet de la graisse touche aussi les hommes : la société est paritairement lipophobe. « Chacun sait que l'image contemporaine de la beauté idéale oscille entre la silhouette maigre mince des mannequins et l'allure athlétique des *bodybuilders* » (Tinat, 2006 : 108). Ces deux canons types sont ainsi très présents dans les représentations courantes, et très exposés dans les médias. La photographie se fait ainsi vectrice de la diffusion de ces corps genrés parfaits à grande échelle, produits et reproduits à outrance ; la chair est mise en avant, le corps est exhibé.

b) La photographie

À partir des années 1840-1860, la photographie inaugure une série de transformations techniques qui se poursuivent encore et bouleversent la relation au corps. Dans les années 1980, l'abondance des moyens techniques de production d'images et le caractère désormais privé de la réalisation grâce à la suppression de l'étape du développement, la reproduction numérique facile et, plus encore, les nouveaux moyens de diffusion rendent possible une *pornographie banale*, populaire (Michaud, 2006). Déjà stimulé par le polaroid, ce mouvement s'accroît avec l'ère du numérique. Aujourd'hui, la photographie est accessible à tout un chacun, et plus facilement que jamais ; l'utilisation contemporaine des smartphones

est à cet égard exemplaire. Les codes ont changé, la notion de pudeur évolué. Sans pour autant émettre de jugement de valeur, il semblerait que l'exhibition de l'intime soit devenue monnaie courante, certainement rendue possible par les nouveaux médiums de communication. Les limites entre privé et public se sont déplacées. « Dans sa définition ancienne, le privé faisait conceptuellement couple avec le public. Il ne pouvait devenir public qu'à travers des transgressions scandaleuses ou des aménagements juridiques réfléchis et négociés. Quand le privé en vient à être pensé sous la catégorie de l'intime, il n'y a plus de frontières. C'est tout ou rien : il se cache ou bien s'exhibe, et, quand il s'exhibe, son apparition est juste un autre spectacle, ce spectacle auquel acculent les moyens de vision omniprésents et omnipotents » (*ibid.* : 445).

c) *Le corps anormal*

Exhibé dans les foires fin XIX^e, les « phénomènes vivants » sont affichés pour leur corps hors normes, donnés en spectacle au regard de la foule. « C'est alors en effet qu'atteint son apogée *l'exhibition de l'anormal*, élément central d'un ensemble de dispositifs qui font exposition des différences, étrangetés, difformités, infirmités, mutilations, monstruosité du corps humain le support essentiel de spectacle où s'expérimentent les premières formes de l'industrie moderne du divertissement de masse » (Courtine, 2006 : 211). Le modèle du monstre domine le champ de la perception de l'anormalité corporelle. En sa présence, toute autre distinction s'efface ; sexe, âge, infirmité ou race : tous sont confondus dans la monstruosité. Plus qu'un simple divertissement, cette exhibition a une visée pédagogique implicite : « cela a donc été l'une des formes essentielles de la formation du pouvoir de normalisation au tournant du siècle : l'extension du domaine de la norme s'est réalisée à travers un ensemble de dispositifs d'exhibition de son contraire, de mise en scène de son image inversée » (*ibid.* : 215). Les corps anormaux n'échappent pas à la logique économique qui se saisit de l'apparence des corps, bien que dans le présent, il s'agisse en premier lieu d'une marchandisation des corps eux-mêmes, avant d'être un marché économique qui se développe autour des corps. Toutefois, une économie parallèle à ces expositions de monstres prend forme : celle d'un marché lié au *voyeurisme de masse*. La publicité se saisit de ces images difformes, notamment par la production de série de cartes postales, et un tourisme se développe autour des musées de curiosité et du Barnum (*ibid.*).

Dans les années 1930, ces exhibitions de monstres se démodent, jusqu'à disparaître totalement dans les années 1940. Le droit va dans le même temps se saisir de ce phénomène, sous la pression des voix prônant la compassion pour les difformités humaines. Une réglementation se met en place. D'une part, il s'agit de soustraire au regard du public le spectacle devenu banal de ces corps dénudés, sexués, difformes et malades, devenus obscènes ; d'autre part, il s'agit de justifier la sanction morale en accordant à l'inspection médicale le seul droit de regard légitime sur le spectacle des anomalies corporelles. « La période d'un siècle qui, de 1840 à 1940 environ, voit l'apogée, le déclin, puis l'effacement de l'exhibition de l'anormal est tout autant celle qui connaît l'invention puis la formation d'une tératologie scientifique : la représentation des monstres humains devait inévitablement y devenir l'enjeu d'un conflit entre une *culture du voyeurisme* et une *culture de l'observation* » (*ibid.*: 237). Pourtant, l'exhibition de l'anormal n'a pas disparu : elle perdure sous de nouvelles formes. « L'homme mécanique des années 1930 semble faire retour – mais sous des formes et pour des temps où la norme d'efficacité sportive ou managériale a disparu et où la seule logique du spectacle ou de fantasme individuel commande. Le monstrueux devient la manifestation de cette perfection sans normes » (Michaud, 2006 : 241).

d) *L'exhibition du corps maigre*

Dès l'époque victorienne, les *fastings girls*, des jeunes filles qui affirmaient pouvoir vivre sans manger, sont vedettisées par les médias. La plus célèbre de ces *fastings girls* est Sarah Jacob. Peu après l'âge de dix ans, elle affirma qu'elle ne pouvait ingérer aucune nourriture. Les médecins se sont intéressés à son cas, puis, très vite, l'histoire relayée par la presse locale a passionné l'opinion publique. Les gens viennent voir ce qui semble être un miracle, lui offrent des cadeaux et de l'argent. Dans la lignée directe de l'Inédie que nous aborderons plus en détail dans la suite du texte, Sarah Jacob semble être dotée de pouvoir hors du commun, même si cela semble relever dans ce cas plus de la magie que d'un don céleste. Néanmoins, les médecins commencent à être sceptiques vis-à-vis de ce jeûne extraordinaire, voyant la jeune fille s'affaiblir de manière inquiétante ; les parents ne suivent pas leurs préconisations, portés par l'engouement médiatique provoqué par Sarah. Lorsqu'elle décède en 1869, la justice se saisit de l'affaire, et condamne le père pour l'avoir laissée mourir de faim. La comparaison entre ces jeunes filles et les

anorexiques contemporaines a d'ailleurs été établie (Brumberg, 2000). Malgré la mort de la jeune fille, la privation volontaire de nourriture continue à fasciner les foules pendant encore plusieurs décennies. Le jeûne total temporaire devint même une activité professionnelle, essentiellement masculine, exercée par les « artistes de la faim ». Les *freaks shows* ambulants, « qui parcouraient toute la gamme des anomalies du corps humain dans un grand désordre taxinomique » (Courtine, 2006 : 219), exposent dans des cages des hommes qui s'affament, restant jusqu'à quarante jours dans absorber la moindre nourriture, sous le regard des badauds, aussi admiratifs que suspicieux. La nouvelle de Kafka *Un artiste de la faim* donne un témoignage sans pareil, bien que fictif et cynique, de ce qu'étaient alors ces monstres de foire (Kafka, 1990). La privation volontaire de nourriture devient ainsi pendant un temps une activité lucrative, un divertissement de masse. « Ce genre d'exhibition dura jusqu'aux années 1930. L'apothéose finale semble avoir été l'utilisation comme acteur d'un « squelette vivant », Pete Robinson, dans le film *Freaks* de Tod Browning (1932) » (Maître, 2000 : 89).

Désormais, le corps maigre ne s'exhibe plus sur la place publique, ou tout au moins plus à la manière des *freaks show*. Depuis la seconde Guerre mondiale, l'image d'un corps décharné renvoie à l'horreur des camps. Ce n'est pas pour autant que l'on ne trouve aucun corps maigre dans l'espace médiatique contemporain. Il semble qu'il y ait comme un seuil entre la maigreur acceptée et celle conçue comme intolérable, une sorte de frontière aux contours mal définis. Ainsi, dans le milieu de mannequinat, le corps maigre est élevé au plus haut stade de l'appréciation esthétique ; en même temps, il s'applique vis-à-vis des top-modèles les plus fines une sorte d'attraction-répulsion de la part de la population qui valorise globalement ce type de représentation de la femme. Nous développerons de manière plus approfondie cette idée lorsque nous traiterons de l'anorexie chez les mannequins. Ainsi, le corps maigre est aujourd'hui encore exhibé, peut-être même plus qu'il ne l'a jamais été dans l'espace public médiatique. Comme nous l'avons vu, la photographie a bouleversé le rapport au corps et à l'intime. À l'ère d'internet, ce médium offre la possibilité d'exposer les corps de la manière la plus véritable qu'il soit ; et en même temps, de la manière la plus fausse, puisque la photographie peut par essence être soumise à truquages et à falsifications. Les corps déjà conformes sont rendus plus encore plus sveltes via des programmes informatiques de retouche d'images de type Photoshop. Le corps mince est omniprésent dans notre quotidien,

dans la publicité, les magazines, etc. ; le corps maigre, et plus particulièrement le corps anorexique, a quant à lui son propre espace d'affichage et de diffusion sur internet. Les blogs pro-ana, c'est-à-dire pro-anorexie, sont le lieu par excellence d'exhibition du corps maigre, à la fois assez coupé du réel pour être un espace autonome et suffisamment concret pour avoir une existence propre. Le culte de la maigreur porté par ces blogs pose problème aux politiques publiques ; nous y reviendrons. Pour ne se saisir ici que de la question de l'exhibition du corps maigre, il est remarquable de voir à quel point les anorexiques, et plus particulièrement les pro-ana, se sont saisi des techniques de la photographie numérique pour porter leur message. Les méthodes de retouche d'image sont aussi utilisées par les plus expertes, qui, à partir de photographies de mannequins dans des défilés, produisent des images de squelettes ambulants, ensuite diffusés sur les réseaux pro-ana en tant que modèles à atteindre. Des techniques de lumière et de cadrage sont également mobilisées : pour mettre en valeur la maigreur générale du corps, le noir et blanc est souvent utilisé, avec un contraste élevé, accentuant les effets d'ombres produits par les parties les plus creuses. « La photographie permet d'isoler des détails » (Michaud, 2006 : 431) : sur ces blogs pro-ana, l'impression de maigreur est renforcée par des photographies de parties sélectionnées du corps, où les os sont particulièrement marqués. La photographie numérique est désormais accessible à tous, notamment grâce à la généralisation des téléphones portables avec appareil photographique intégré. Tout un chacun peut ainsi rendre son image publique, notamment *via* les réseaux sociaux. Nous reviendrons sur cette idée dans le dernier chapitre de ce mémoire, à propos du phénomène du *thin-gap*.

L'exhibition du corps maigre s'est transformée au fil des siècles, parallèlement aux changements plus larges de la société. Entre les *freaks shows* et internet, il n'y a qu'un pas ; et en même temps, il y a la guerre et le développement des loisirs balnéaires, qui marquent profondément les esprits et les corps, et transforment de manière durable les normes et les représentations. Dans ce même temps, la médecine évolue, la psychiatrie apparaît, la maigreur excessive devient un symptôme puis une maladie à part entière.

III. La construction de la catégorie médicale d'anorexie mentale

Le corps anorexique, nous venons de le voir, est un corps façonné par l'idéal normatif contemporain, de manière si extrême qu'il en devient déviant. Nous avons déjà succinctement envisagé le rapport entre médecine et alimentation ; à présent, nous allons continuer cette réflexion, en envisageant comment les taxinomies psychiatriques s'ancrent dans des schémas normatifs plus larges relevant des représentations de l'individu. La construction de la catégorie médicale de la pathologie d'anorexie mentale s'est faite en occident à partir des catégories de pensée occidentales, et n'est donc certainement pas neutre et détachée de toute idéologie. Le passage du paradigme religieux et philosophique au paradigme médical et scientifique a eu des conséquences sur la manière d'envisager les comportements, et les comportements féminins déviants. Ce changement de paradigme a ainsi transformé la manière de concevoir les restrictions alimentaires. Il paraît alors nécessaire d'aborder dans notre étude les classifications officielles de l'anorexie mentale, pour pouvoir appréhender ce qui relève dans le texte de l'idéologie médicale, en interrogeant les critères diagnostics qui sont, par de nombreux aspects, sujets à critiques.

1. Jeûnes religieux et anorexie mentale

a) Les jeûneuses mystiques sont-elles anorexiques ?

Il paraît nécessaire de broser une rapide histoire du jeûne religieux pour mieux envisager la comparaison entre jeûne religieux et anorexie mentale dans un ensemble plus global ; nous l'envisagerons de la manière dont l'ont conçu dans leur « chronologie de l'inanition volontaire » les auteurs s'étant intéressés au liens entre ces jeûnes féminins médiévaux et les comportements d'anorexie mentale actuels (Bell, 1989 ; Maître, 2000 ; Pewzner-Apeloig, 2005), pour ensuite discuter leurs partis pris. Si l'on remonte jusqu'à l'Antiquité, il semblerait que le jeûne à mort ne soit pas attesté dans le monde hébraïque ; de même à l'époque classique pour la Grèce et l'Égypte. Il faut aller en Inde, avec le cas de Vardhamana, fondateur du jaïnisme (VI^e siècle avant J.-C.), pour trouver un exemple d'inanition volontaire dans cette période. Pour le haut Moyen Age, on trouve deux cas féminins de jeûne

extrême, respectivement aux V^e et VIII^e siècles ; ils sont rapportés à la possession ou à la sainteté. Un style anorectique d'ascétisme religieux se trouve également représenté entre le VII^e et le X^e siècle par la légende de la sainte Liberata, fille d'un roi du Portugal. Du V^e au XII^e siècle, l'extrême aversion pour la nourriture est imputée théologiquement à l'intervention d'un être surnaturel, par une possession diabolique ou un miracle divin. Le cas le plus anciennement documenté est celui d'une jeune Arabe chrétienne de Carthage dès le V^e siècle ; puis viennent au VIII^e siècle une bergère allemande et au IX^e siècle « la jeune fille de Toul », concurremment avec Friederada von Treutlingen, fille de serfs bavarois. Nous arrivons ensuite au XII^e siècle avec Alpais en 1211, une adolescente lorraine (Maître, 2000). Dans le christianisme, où le rapport à Dieu se fait par le biais d'un Christ souffrant, le châtement corporel est envisagé comme une preuve de dévotion : « pour tous ceux qui hardiment entreprennent de se rapprocher du Christ de douleurs pour en partager les tourments, le corps est à la fois l'obstacle majeur, « le plus grand ennemi », et le moyen d'accompagner le Rédempteur : le corps qu'il faut vaincre, le corps vecteur d'une démarche sacrificielle » (Gélis, 2006 : 48). Les religieuses prennent ainsi pour modèle des figures de femmes passant pour avoir châtié leur corps ; l'une des punitions les plus directes que l'on puisse l'y faire subir est la privation alimentaire.

Au XV^e siècle naît le mythe de l'Inédie, consistant à l'exaltation des records anorectiques de nombreuses mystiques du XII^e au XIV^e, fût-ce lorsque la dénutrition avait entraîné la mort. Nous nous attarderons plus en détail ici sur deux cas de jeûneuses mystiques dont les vies ascétiques ont été envisagées au prisme des critères de l'anorexie mentale. Le premier exemple est celui de Catherine Benincasa, dite sainte Catherine de Sienne. Au cours de sa jeunesse, aux alentours de 1300, elle avait suivi des jeûnes rigoureux, mais sans excès par rapport aux normes. Puis, lorsqu'elle entreprit de se convertir au mysticisme radical, alors qu'elle n'avait pas encore seize ans, elle limita son régime à du pain, des herbes crues et de l'eau. Cinq années plus tard environ, à la suite de la mort de son père et de visions où le Christ lui dit d'abandonner son chemin solitaire et de rejoindre la compagnie des hommes et femmes de ce monde, elle perdit l'appétit et ne parvint plus à manger de pain. Vers l'âge de vingt-cinq ans, elle ne mangeait plus rien ; sa seule nourriture était l'hostie (Bell, 1985). Catherine eu de nombreux détracteurs,

l'accusant de manger en cachette, d'une mise en scène pour acquérir la gloire⁸. Ainsi, dans l'Allemagne du XVI^e, une jeûneuse fut exécutée quand on s'aperçut qu'elle mangeait en cachette (Maître, 2000). Elle fut canonisée quatre-vingt ans après sa mort, en 1461, puis reconnue théologienne en 1970 par Paul VI (Raimbault & Eliacheff, 1989). Catherine de Sienne présente des comportements qui sont par certains comparés à ceux d'une personne atteinte d'anorexie mentale : elle est très active, dort très peu, se fait vomir lorsqu'on l'oblige à manger. Mais elle fait surtout preuve d'une maltraitance inouïe à l'égard de son corps. Le second deuxième exemple de jeûneuse mystique est celui de Marie Guyart, dite Marie de l'incarnation. Son cas est similaire à celui du précédent : châtiments corporels, jeûnes intenses et prolongés, dégoût de la chair, visions du Christ (Maître, 2000). La littérature regorge de biographies détaillées de nombreux cas de jeûnes mystiques durant cette même période, dont la plupart sont féminins. Le rapport au corps diffère entre catholicisme et protestantisme. Là où les femmes catholiques sont invitées à la passivité et la dépendance, les femmes protestantes s'affirment comme une personne, capable d'agir sur le cours des choses (Gélis, 2006). Cette différence explique probablement que l'on ne retrouve pas de mystiques ou de jeûneuses dans cette branche de la religion chrétienne.

Une remarque s'impose : l'histoire du jeûne religieux telle que nous venons de l'évoquer est volontairement réductrice dans la mesure où elle ne tient compte que des formes de jeûnes qui sont pensées par les auteurs comme étant directement liées à l'anorexie mentale. Les auteurs qui se sont penchés sur cette question ne prennent en compte que les jeûnes religieux dans le christianisme, mais ne s'interrogent que très peu sur les formes de jeûnes religieux extra-occidentaux contemporains, si ce n'est de manière anecdotique, dans une mise en parallèle avec l'anorexie mentale féminine, dans le but de montrer des invariants psychanalytiques qui entretiendraient ainsi la thèse d'un continuum entre anorexie mystique médiévale et anorexie mentale. Ce propos s'appuie sur le travail de Jacques Maître, qui, dans un chapitre intitulé « Exotismes », s'intéresse particulièrement à trois exemples de *façons anorectiques d'être au monde* : celui de Tan Yangzi, celui d'Alexandra David-Néel et celui de patientes traitées par la voie traditionnelle du

⁸ À ce propos, il semblerait qu'il y ait toujours eu suspicion de mensonge envers les femmes se revendiquant comme jeûneuses ; dans les cas où la supercherie est avérée, les sanctions sont lourdes de conséquences (Maître, 2000).

ndöp au Sénégal. L'expérience religieuse de Tan Yangzi, née en Chine en 1558 et décédée en 1580, marque la fondation d'une secte typiquement taoïste. L'idéal confucéen de chasteté était magnifié sous les Ming. Mais « autant le rapprochement semble éclairant quant au *refus d'assumer l'apanage des femmes dans la transmission de la vie* et à la *maltraitance à l'égard de son propre corps*, autant sa légitimation institutionnelle répond à des canons radicalement différents et à des représentations tout autres des instances surhumains. » (Maître, 2000 : 60-61).

Alexandra David-Néel, née en 1869 en Belgique et morte en 1969, est passée durant sa vie du calvinisme au bouddhisme tibétain. Son anorexie n'a eu cours que durant son adolescence, mais elle est quand même rangée par l'auteur dans la catégorie « mystique » du fait de son parcours religieux et de son investissement total et totalitaire dans le bouddhisme. Les patientes du Sénégal auxquelles s'intéresse ici l'auteur ont été traitées au cours des années 1960, dans le service d'Henri Collomb à l'hôpital Fann de Dakar, qui fut le pôle de recherches anthropologiques et psychanalytiques sur l'économie physique des Wolof habitant dans l'agglomération dakaroise. Il s'agit de femmes possédées par les *rab*, des esprits, pour lesquelles l'anorexie « répond à la volonté du rab de ne pas laisser profiter la personne de ce qu'elle ne désire pas ou hésite à partager avec lui ». S'ajoutent au fait de ne plus s'alimenter des troubles et accidents de la fécondité. Les cas sur lesquels Maître se focalise, et la manière dont il analyse les comportements, sont dans leur choix même révélateurs d'un certain parti pris de l'auteur, qui, dans son étude de psychanalyse sociohistorique, part du postulat d'un lien entre ces différentes formes de restriction alimentaire. Il est également à noter que Maître, lorsqu'il déroule l'analyse de ces trois exemples de jeûnes féminins « exotiques », n'explique pas le choix qu'il fait d'étudier d'une part deux personnages selon lui emblématiques de deux formes religieuses distinctes, et d'autre part les femmes wolofs possédées par le *rab* en tant que groupe homogène, formé par des instances sociales et médicales, sans donner plus de précision sur les femmes touchées, ni sur la prévalence du *rab*. Le fait de mettre en quelque sorte sur un pied d'égalité dans son analyse des parcours de vie individuels et un mouvement collectif pathologisé et traité socialement et médicalement de manière collective semble problématique, et ne donne que peu de crédit à cette partie de son analyse.

Ce parallèle entre ces différents jeûnes religieux dans des contextes variés peut amener à l'hypothèse suivante : le fait que ce soit souvent des femmes qui

jeûnent pourrait s'expliquer par le fait que les femmes, parce qu'elles sont responsables du repas dans de nombreuses sociétés, ont des facteurs culturels les prédisposant à ce type de comportement (Bynum, 1987). « Sur le plan individuel, il s'agit toujours d'une jeune fille s'inscrivant dans une histoire particulière et luttant pour exprimer ce qu'elle pense être une vie d'être humain, en utilisant les valeurs sociales féminines dominantes : minceur, idéalisation du corps sain et contrôle de ses manifestations au XX^e siècle, spiritualité, chasteté et jeûne pour la chrétienne médiévale ; sur le plan familial, il est impossible de ne pas relever les points communs que nous avons vu se dégager au fur et à mesure » (Raimbault & Eliacheff, 1989 : 235). Dans ces mises en parallèle entre les jeûnes religieux et l'anorexie mentale, tous les auteurs n'ont pas les mêmes conceptions. Ainsi, selon Bell, aussi bien pour l'anorexique que pour la sainte, le jeûne fait partie d'une démarche visant à se libérer d'une famille et d'une société patriarcale. L'anorexique actuelle et la « sainte anorexique » cherchent à conquérir leur autonomie en fonction de critères idéaux définis par leurs cultures : la minceur et la fermeté pour la première, la pureté et la spiritualité pour la seconde. Bell pense une continuité absolue entre ces deux formes de privation alimentaire ; les motivations implicites sont identiques, seules les motivations explicites changent, selon l'évolution dans le temps des normes sociales régissant un certain type d'idéal féminin. « Au Moyen Age, la jeune fille italienne, qui luttait pour son autonomie, tout comme, à l'heure actuelle, les jeunes Américaines, Britanniques ou Japonaises confrontées à ce même dilemme, passait parfois du conflit avec le monde extérieur, où elle était sûre de perdre, à une lutte intérieure pour parvenir à la maîtrise d'elle-même et des exigences de son corps. En ce sens, la réponse de l'anorexique est éternelle » (Bell, 1985 : 81). Cette démarche intellectuelle consistant à appliquer des catégories construites *a posteriori* sur des comportements ayant eu cours dans un système de sens très différent de celui ayant produit la catégorie en question pose le problème du diagnostic rétrospectif. De plus, les cas décrits par Bell ne présentent pas tous les critères de l'anorexie mentale telle que nous l'envisageons sous sa forme de catégorie nosographique, notamment la peur de grossir, et la quête incessante et pleinement consciente de minceur. Jacques Maître, pour contourner le problème du diagnostic rétrospectif tout en maintenant une continuité entre ces différents modes de privation volontaire de nourriture, parle de *façons anorectiques d'être au monde*. « Il faut d'abord reconnaître certaines ressemblances dans les modes de vie choisis

d'un côté par les mystiques, d'un autre côté par les patientes dont parlent les médecins. Les traits communs ne ressortissent pourtant pas nécessairement à une pathologie ; loin de poser que les premières sont des malades au même titre que les secondes, on peut s'interroger sur une question plus large, prenant en compte la diversité des réalisations historiques de *façon anorectiques d'être au monde*. [...] Plus largement, ces *façons anorectiques* constituent des processus articulés entre trois plans : sociohistorique, biologique et psychanalytique. Elles cheminent par des voies sociohistoriquement très différenciées, notamment en fonction du statut idéologique de la féminité par rapport à la procréation de l'alimentation ; du coup, des éléments psychiques assez spécifiques se trouvent en jeu dans chaque contexte, avec des styles qu'il faut cerner de près. « Style » signifie ici à la fois une manière de vivre, son modelage par les institutions et les catégories à travers lesquelles cette orientation se trouve prise en compte dans les champs religieux, médical, politique... » (Maître, 2000 : 8-9). De plus, pour Maître, il n'y a pas de cassure chronologique entre jeûne religieux et anorexie mentale, puisqu'il s'agit de deux façons anorectiques d'être au monde distinctes. C'est ainsi qu'il considère des cas d'anorexie mentale bien antérieurs aux taxinomies médicales, au même titre que certaines formes de jeûnes religieux féminins perdurent dans le temps. Il utilise et détourne une phrase de Bynum sur cette idée : « Si les chroniqueurs du Moyen Age ont considéré certains refus de manger comme des comportements anormaux, qui n'étaient pas nécessairement de nature religieuse, pourquoi, alors, ne pourrait-on pas les considérer comme des cas d'anorexie mentale, liés à des phénomènes biochimiques, comme l'avancent certains médecins d'aujourd'hui? » (Bynum, 1987 : 277). Ces deux types de restrictions alimentaires sont alors ainsi concomitants et non concurrents. Néanmoins, qu'il s'agisse de Bell ou de Maître, le problème de l'analogie entre les jeûnes religieux médiévaux et l'anorexie mentale se pose, bien que le second se prémunisse davantage du risque d'établir des diagnostics rétrospectifs. Ainsi, pour Caroline Bynum, le renoncement à la nourriture prend sens dans un système plus large de pratiques religieuses : « J'ai beau connaître les définitions cliniques actuelles de la fixation sur la nourriture, j'évite d'y recourir, surtout au début de ce travail, parce que j'estime que les attitudes du Moyen Age face à la nourriture sont bien plus variées que celles que recouvrent les concepts contemporains d'anorexie mentale et d'hystérie. Les dévotes voyaient dans la nourriture l'instrument d'un pouvoir sur leur moi et sur leur entourage, et un

moyen de renoncer à l'un comme à l'autre. Elles y voyaient encore autre chose. La nourriture était la chair, et la chair était souffrance et fécondité » (Bynum, 1987 : 21). La culture médiévale associe la femme et son corps à la nourriture, dans un système de sens différent de celui dans lequel évolue aujourd'hui l'anorexie mentale. Le rapprochement avec l'anorexie mentale est donc un contresens historique. Il n'est même pas possible de parler d'un même comportement de jeûne qui serait vu différemment d'une époque à une autre. Joan Jacobs Brumberg, également selon une approche historique, pose elle aussi une séparation radicale entre les jeûnes religieux médiévaux et l'anorexie mentale contemporaine. Elle se montre, de fait, très critique vis-à-vis de la théorie de Bell : « According to Bell, Catherine of Siena, Margaret of Cortuna, and other holy women were engaged in "anorexic behaviour patterns" that closely resemble the modern disorder anorexia nervosa. Bell claims that there is a psychological (rather than biomedical) continuity across the centuries: anorexia mirabilis and anorexia nervosa, he writes, are "psychologically analogous" states in medieval and modern women. (The underlying assumption here is that the psychology of women is fixed in time and that past and present are the same.) » (Brumberg, 1988 : 45). Il est en effet problématique et critiquable de postuler l'existence d'un éternel féminin, tout au moins d'une psychologie féminine continue et inchangée au fil des siècles.

Muriel Darmon, empruntant les termes de la sociologue australienne C. Garrett, parle d'un débat entre « continuistes », qui pensent une forme de continuité entre l'anorexie religieuse médiévale et l'anorexie mentale moderne, et les « discontinuistes », pensant que cela n'a pas de sens d'appliquer un diagnostic moderne sur des pratiques médiévales (Garrett, 1998). La position continuiste est plutôt adoptée dans des ouvrages de médecine et de psychologie, alors que la position discontinuiste est majoritaire en sciences sociales (Darmon, 2003). Pourtant, nous sommes en mesure de nous interroger sur la justesse de ce débat. En effet, même s'il paraît raisonnable de penser que le diagnostic rétrospectif d'anorexie mentale est problématique, le fait même que l'on puisse envisager une continuité entre ces différentes formes de restriction alimentaire relève d'une sorte de continuité entre ces comportements, d'une part parce qu'ils touchent plus spécifiquement les femmes, et d'autre part parce que certaines pratiques se retrouvent entre les jeûneuses mystiques et les anorexiques mentales, dans la restriction alimentaire et dans la pratique d'une activité physique. Plus

particulièrement, la recherche du corps maigre est présente dans les deux cas, bien qu'elle ne renvoie pas au même contexte socioculturel.

b) La nosographie comme fait de culture

L'anorexie mystique est religieusement valorisée et l'anorexie pathologique psychiatriquement dévaluée : « Dans le premier type, les traits « anorectiques » sont validés comme signes d'une virtuosité spirituelle merveilleuse ; dans le second, ils se trouvent disqualifiés comme symptômes de déviances mentales pathologiques (ce qui classe médicalement l'anorexie mentale dans la nosographie des maladies) » (Maître, 2000). La mise en parallèle entre l'anorexie mentale et le jeûne religieux peut ainsi présenter un avantage dans la démarche intellectuelle de compréhension du comportement pathologique, en ce que ces différentes formes d'anorexie (au sens de privation volontaire de nourriture) peuvent nous éclairer sur la manière dont les représentations sociales d'un comportement classent celui-ci dans une catégorie ou dans une autre, à savoir ici comme relevant d'une déviance pathologique ou d'un caractère spirituel. Dans cet ordre d'idées, la comparaison avec le jeûne dans le jaïnisme peut être intéressante. Dans le jaïnisme, la mort par le jeûne, le *sallekhana*, est socialement valorisée. Depuis quelques années pourtant, cette pratique commence à être décriée, surtout en Inde, où le jaïnisme est principalement pratiqué. Une étude comparative entre le développement de la psychiatrie en Inde et la montée des contestations face au jeûne jaïn pourrait peut-être mettre en évidence une corrélation entre ces deux mouvements.

Si l'on conçoit la nosographie comme fait de culture, « l'exemple de l'anorexie mentale est, à cet égard, illustratif : les cas historiques de cette affection sont rapportés dans un autre cadre de pensée que celui de la médecine actuelle, qui ne pose le diagnostic d'anorexie mentale qu'à la suite de toute une procédure d'analyse et de raisonnement faisant défaut dans les descriptions historiques. A la limite, peut-être l'anorexie mentale existait-elle au Moyen-Age, mais le contexte socioculturel de l'époque ne permettait pas de la reconnaître comme une entité pathologique, les médecins n'ayant pas alors les schémas intellectuels leur permettant de penser ces conduites comme morbides et entrant dans leur champ d'action. L'anorexie mentale n'étant pas reconnue comme telle, on peut supposer que son diagnostic ne pouvait dès lors être multiplié » (Guillemot et Laxenaire, 1997 : 20). Dans cet ordre d'idées, si l'on peut concevoir que la catégorie médicale

d'anorexie mentale ait, dans une certaine mesure, remplacé la catégorie religieuse du jeûne en contexte occidental chrétien, on peut alors également envisager que cette catégorie d'anorexie mentale soit venue se subsumer à d'autres pathologies. C'est ainsi ce que certains auteurs suggèrent à propos de la « chlorose des jeunes filles ». Cette maladie, courante à la fin du XIX^e siècle, a quasi-totalement disparu des descriptions médicales dans les années 1920. Le parallèle entre l'anorexie mentale et cette chlorose se fait sur deux aspects. Il y aurait, selon Loudon, deux types de « chloro-anémiques » : l'un d'eux serait composé de jeunes filles de milieu aisé et bourgeois présentant une sensation de faiblesse générale, un état dépressif, un aménorrhée et un dégoût pour la nourriture, en particulier pour la viande ; l'autre groupe serait composé de jeunes filles de milieux défavorisés qui présenteraient surtout une extrême pâleur, une dyspnée, une asthénie, sans aménorrhée. La chlorose du premier groupe de jeunes filles s'apparenterait ainsi à de l'anorexie mentale (Guillemot & Laxenaire, 1997). Richard Morton, dans *Phthisiologia : or a Treatise of Consumptions*, en s'interrogeant sur la maladie de sa patiente, disait à son sujet : « elle souffrit de la suppression totale de ses règles due à une multitude de soucis et passions occupant son esprit, mais sans aucun des symptômes qui accompagnent la chlorose » (Bell, 1885). Ceci ne fait que renforcer l'hypothèse d'un lien entre ces deux entités nosographiques. Le fait que la disparition de la « chlorose des jeunes filles » soit quasi-concomitante avec l'une des phases du développement de l'anorexie mentale laisse à penser que celle-ci est venue remplacer la maladie précédente dans les diagnostics médicaux.

L'anorexie, comme dit précédemment, a longtemps été rapportée à une forme d'hystérie ; ce fait ne serait-il pas à mettre aussi en lien avec le changement contextuel et idéologique entre un paradigme religieux et un paradigme médical, dans le sens où celles qui étaient anciennement des jeûneuses mystiques et autres femmes touchées par la grâce divine sont devenues par la suite – pour employer une expression familière qui se prête tout particulièrement à ce cas – des « illuminées », c'est-à-dire des hystériques ? Il semble tout au moins qu'il y ait là un point de vocabulaire à souligner, qui pourrait être dans une certaine mesure révélateur de certaines conceptions populaires des comportements sociaux, et plus particulièrement de certains comportements féminins.

Bien que cette pathologie soit difficile à cerner historiquement, nous pouvons déjà saisir quelques grands enjeux de cette partie de l'étude. En effet,

l'anorexie mentale représente parfaitement les grands changements de paradigmes, qu'ils soient religieux ou scientifiques. Ce trouble illustre également de manière très claire la façon dont les représentations sociales d'un comportement pathologisent ou non celui-ci. Il semble néanmoins qu'un point essentiel apparaisse ici : si un comportement de restriction alimentaire est catégorisé en tant que maladie, c'est qu'il est conçu comme déviant. La déviance semble alors tenir en partie aux motivations, explicites ou implicites, qui sont revendiquées ou qui sont attribuées à ce comportement.

Les travaux qui font l'hypothèse d'une continuité entre les jeûneuses mystiques et les anorexiques mentales contemporaines révèlent une certaine conception de la femme occidentale. En effet, cette mise en parallèle, en interrogeant une continuité entre ces différents faits, introduit par là même l'idée d'une continuité féminine, tant psychologique que temporelle. Cette démarche intellectuelle est de fait sous-tendue par l'idée qu'il existe un archétype féminin, *la femme*, pour qui des invariants existeraient. En même temps, cette *femme* dont il est ici question est un archétype particulier, dans le sens où il s'agit alors uniquement de la femme occidentale et blanche, appartenant à une certaine classe sociale. Que ce soit pour les jeûneuses mystiques ou pour les anorexiques mentales actuelles, il s'agit en tout cas de personnes ayant un statut social élevé. De même, lorsque l'on regarde l'histoire de la constitution de la catégorie médicale de l'anorexie mentale, les premiers cas qui ont suscité l'attention des médecins sont ceux de jeunes filles appartenant à des familles bourgeoises. Le fait même que ces jeunes filles aient été présentées à des médecins et traitées par ceux-ci induit qu'elles appartenaient alors à des familles aisées économiquement, et de fait socialement. Dans le même ordre d'idée, les théories psychanalytiques socio-historiques questionnent un invariant dans le rapport qu'entretiennent les femmes avec la maternité en général, que ce soit dans le sens du rapport de l'enfant avec sa mère ou de sa mère avec son enfant. Une telle position ne semble alors pas être tenable par les sciences sociales. Il est indéniable qu'il y a une certaine continuité historique dans les comportements, et qu'il persiste encore à l'heure actuelle un héritage judéo-chrétien dans les sociétés européennes occidentales, lequel influe de manière plus ou moins perceptible sur la manière dont certains faits, comme la maternité, sont conçus et gérés, tant par la société que par les individus eux-mêmes. Il paraît néanmoins problématique de voir comme point de rapprochement entre les jeûneuses mystiques et les anorexiques

contemporaines le rapport conflictuel que ces jeunes filles et ces jeunes femmes entretiennent avec les individus de leur parentelle avec qui elles sont liées par un lien maternel, d'engendrement ou de filiation.

Ainsi, plutôt que de rentrer dans le débat opposant continuistes et discontinuistes, il vaut mieux s'interroger sur le fait qu'il perdure un ordre normatif malgré les différents changements de paradigme. Les normes culturelles présupposent un ordre moral, qui soit à la fois durable et variable, et qui induit la manière dont on conçoit la déviance. Les normes peuvent s'exprimer dans des idéautés différentes : elles semblent alors distinctes, mais relèvent pourtant d'un même ordre moral. Ainsi, cet ordre moral, relevant au départ de conceptions religieuses de la femme, continue à s'appliquer à travers les conceptions médicales du corps féminin déviant.

2. Épidémiologie de l'anorexie mentale

Au même titre qu'il est difficile d'établir une chronologie exhaustive de l'anorexie mentale, pour les raisons que nous venons de voir, il semble également compliqué d'établir une cartographie de ce trouble. L'OMS n'a d'ailleurs rien produit à ce sujet, alors que d'autres pathologies mentales répertoriées dans les classifications internationales font l'objet d'une analyse épidémiologique plus fine. L'anorexie mentale semble ainsi être un trouble difficilement situable spatialement et temporellement. Néanmoins, nous allons ici tenter, à travers une revue de la littérature en psychiatrie, de localiser les principaux endroits dans le monde où la pathologie est présente ou a été répertoriée, ce qui pourra notamment nous permettre de vérifier à partir des données épidémiologiques si l'expansion de la culture occidentale peut expliquer la propagation de la prévalence de l'anorexie mentale.

a) Revue des données dans la littérature psychiatrique

Les données épidémiologiques sur l'anorexie mentale sont éparpillées. Il semble ressortir des études menées sur ce thème un accord sur l'augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans les sociétés occidentales. « L'épidémiologie de l'anorexie mentale fait apparaître une extension de ce syndrome chez de nombreuses jeunes filles ou femmes dans les pays

industrialisés de tradition chrétienne » (Maître, 2000 :22). En France, les anorexiques représentent 0,5 % de la population. Le chiffre est le même pour l'Allemagne, soit deux-cent mille personnes. Theander, dans une étude menée en Suède, donne les chiffres suivants : la prévalence de l'anorexie mentale serait passée de 0,24 cas par an pour 100 000 habitants en 1950 à 0,45 cas par an pour 100 000 habitants en 1960 (Guillemot & Laxenaire, 1997).

Selon l'INSERM, la prévalence de l'anorexie mentale aux États-Unis est actuellement de 0,5%, avec une prévalence de 0,48% chez les 15-19 ans ; dans neuf cas sur dix, les anorexiques sont des jeunes filles. Ce chiffre est généralement retenu pour l'ensemble du monde occidental industrialisé. Entre 1960 et 1980, les données disponibles montrent qu'il n'y a pas de sujets noirs parmi les patients anorexiques. Le premier cas relevé est celui d'une patiente anorexique noire en 1973, mais ce cas est alors pensé comme un cas isolé. Dans les années 1980, on note une augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale chez les noirs américains, augmentation qui pourrait cependant être révélatrice d'une meilleure prise en charge de la santé de cette population (Guillemot & Laxenaire, 1997). Thomas et Szukler, à propos de l'augmentation de l'anorexie dans la population américaine non caucasienne, relèvent trois cas, deux femmes et un homme, d'origine afro-cubaines, entre 1981 et 1983 (Thomas & Szukler, 1985). En 1987, selon une étude de Hsu, quatre personnes noires américaines étaient hospitalisées pour anorexie mentale, trois femmes et un homme (Guillemot & Laxenaire, 1997).

« Si nous revenons à l'anorexie mentale proprement dite, nous devons réfléchir sur l'extrême rareté des cas relevés pour toute l'Afrique noire subsaharienne. En 1992, Karl Peltzer avait trouvé seulement cinq diagnostics dans la littérature psychiatrique, et encore avec des profils atypiques au regard des normes occidentales » (Maître, 2000 : 71). Le premier cas au Niger a été relevé par Warren et Vande Wiele en 1973 ; un article paru en 1981 relate le cas d'une jeune fille nigérienne de vingt-deux ans hospitalisée pour anorexie mentale à l'hôpital universitaire de Lagos (Nwaefune, 1981). Au Zimbabwe, le premier cas d'anorexie mentale que l'on retrouve dans la littérature est celui d'une jeune fille de vingt ans (Buchan & Gregory, 1984). Au Ghana, une étude menée par des psychiatres dans la région nord-ouest auprès de 668 lycéennes, recenserait 10 cas pouvant s'apparenter à de l'anorexie mentale. Les jeunes filles concernées, ayant un IMC inférieur à 17,5 et reconnaissant pratiquer un régime drastique, invoquent pourtant

des motivations religieuses pour justifier un tel contrôle de leur poids et de leur corps. Les auteurs de l'étude concluent que cette tendance morbide au jeûne est une forme d'anorexie mentale, mais que le contexte culturel crée une légitimation différente de celle généralement invoquée dans un contexte occidental (Bennett, Sharpe, Freeman, Carson, 2004).

En Iran, une étude menée à Téhéran auprès de 3100 adolescentes âgées de 15 à 18 ans donne une prévalence de 0,9% pour l'anorexie mentale (Nobakht & Dezhkam, 2000). En Inde, les données concernant l'épidémiologie de l'anorexie mentale sont rares. Toutefois, un article décrit de jeunes filles présentant un refus de se nourrir, des vomissements répétés, une perte de poids marquée, une aménorrhée et d'autres symptômes somatiques, mais ne présentant pas ni d'hyperactivité, ni de dysmorphophobie. Malgré la difficulté à établir un diagnostic, la voie du trouble du comportement alimentaire a néanmoins été choisie (Khandelwal, Sharan & Saxena, 1995). Dans le sous-continent indien, des psychiatres se sont intéressés aux cas de trois adolescents, dont un garçon, atteints d'anorexie mentale ; pour deux de ces cas, cette anorexie serait en partie expliquée par l'impact du Festival Musulman du Ramadan (Bradrinath, 1990).

Les données sur la prévalence de l'anorexie mentale au Japon sont plus nombreuses. Les premiers cas d'anorexie mentale apparaissent dans la littérature médicale vers 1950 (Guillemot & Laxenaire, 1997). Une étude statistique auprès de 315 institutions donnait en 1981 le chiffre de 940 malades en consultation externe et 375 patients hospitalisés, soit deux fois plus qu'en 1976 (Suematsu, Ishikawa, Kuboki & Ito, 1985). Une autre étude épidémiologique réalisée entre 1985 et 1992 auprès de 732 institutions donne des chiffres bien plus conséquents. Le nombre total d'anorexiques traités dans les hôpitaux japonais en 1985 est estimé entre 3500 et 4500. En 1992, ce total serait entre 4500 et 4600 personnes traitées pour cette pathologie. La prévalence de l'anorexie mentale serait ainsi de 3,6-4,5 pour 100 000 sur la population générale, 6,3-9,7 pour 100 000 pour les femmes et 25,2-30,7 pour les femmes de 13-29 ans (Kuboki, Nomura, Ide, Suematsu, Araki, 1996)

Pour ce qui est de la Chine, les données semblent différer selon les auteurs ; certains chercheurs vont jusqu'à avancer qu'il n'y a à leur connaissance aucun cas avéré d'anorexie mentale en Chine (Zheng Feng Chen, 1992). En revanche, à Hong-Kong, il semblerait qu'il y ait une forte prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes (Lee, 1997).

b) *Le problème de la fat phobia*

Deux autres difficultés se posent à nous dans cette tentative d'établir une épidémiologie la plus globale possible. Comme nous l'avons abordé à propos des troubles du comportement alimentaires, et comme le verrons plus en détail lorsque nous traiterons spécifiquement des définitions de l'anorexie mentale dans les classifications psychiatriques, l'un des critères majeurs de cette pathologie est la peur de grossir, paradoxalement corrélé à celui de l'impression d'être déjà gros, du fait d'une altération de la perception de son propre corps (la dysmorphophobie). La phobie d'être lourde n'apparaît fréquemment dans la littérature psychiatrique qu'à partir des années 1930, et ne s'impose comme critère essentiel du diagnostic que dans les années 1970, avec les travaux d'Hilde Bruch (Maître, 2000). Présent sous le terme de *Fat phobia* dans la littérature anglophone, ce critère, renvoie néanmoins à une conception particulière de l'anorexie mentale, celle établie par des psychiatres occidentaux pour des jeunes filles occidentales ; ce critère est ainsi lourd de sens culturel implicite. Ce critère peut poser problème dans certains cas, en introduisant un biais potentiel lors de l'absence du critère dans certains contextes, notamment en Chine. Ces formes anorexiques sont alors soit catégorisées en tant qu'anorexie mentale atypique, soit mise en dehors dans la catégorie d'anorexie mentale (Lee, 1989). D'autre part, si nous ne nous en tenons qu'aux données médicales, nous pouvons peut-être passer à côté de certaines formes d'anorexie, qui, par manque d'intérêt que leur porterait la psychiatrie, parce qu'elles ne correspondraient pas aux critères de la taxinomie officielle, ne seraient pas prises en compte dans l'épidémiologie. « Par ailleurs des restrictions alimentaires très rigoureuses mettant en danger l'état général peuvent exister dans des contextes culturels très éloignés des nôtres, avec une symptomatologie spécifique. Ces types de sociétés présenteront éventuellement des modalités d'anorexie non attribuables à des causes organiques ou à des syndromes psychiatriques, dont l'anorexie ne serait qu'un symptôme. J'en ai donné deux exemples « exotiques » ; Georges Devereux en relève dans le shamanisme ; on en trouverait encore d'autres dans la littérature anthropologique » (Maître, 2000 : 80). Néanmoins, une telle démarche sous-tendrait l'idée que la catégorie d'anorexie mentale est une sorte de concept *post-it* qui pourrait s'appliquer à de multiples formes de restrictions alimentaires, hors du champ de la santé mentale ; une telle considération renverrait à la même erreur

intellectuelle que d'établir un diagnostic rétrospectif, et ne peut donc pas être soutenue.

c) Existe-t-il une épidémie d'anorexie mentale ?

« Au terme de cette revue des données disponibles, il reste à conclure que, loin d'être un nouveau mythe médical, l'épidémie existe... et gagne du terrain » (Guillemot & Laxenaire, 1997 : 33). Le concept d'épidémie d'anorexie mentale en vogue depuis les années 1990 est néanmoins discuté. Jusque dans les années 1980, de nombreux auteurs s'accordent pour parler d'une augmentation de la prévalence de l'anorexie mentale. Mais dans les années 1990, des études rétrospectives aboutissent à la conclusion de l'existence d'un syndrome anorexique «complet» dont l'incidence n'aurait pas varié au cours des décennies tout en mettant en évidence l'émergence d'un syndrome anorexique transitoire résolutif, qui serait, lui, plus récent et en augmentation (Devaud, Michaud et Narring, 1995). « 250 cas décrits jusqu'en 1950, plus de 5000 observations en 1981, et la progression du nombre de publications est quasi-exponentielle » (Raimbault et Eliacheff, 1989 : 11). Cette remarque pourrait laisser penser que, plus qu'une épidémie concrète d'anorexie mentale, c'est dans une certaine mesure l'intérêt croissant des chercheurs pour cette pathologie qui, en augmentant le nombre de travaux consacrés à cette pathologie, et de fait en améliorant la connaissance épidémiologique de celle-ci, contribue largement au sentiment général d'épidémie qui se propage.

Pour contourner la notion d'épidémie qui semble problématique à divers niveaux, il faut se saisir de la question de l'anorexie mentale en tant que maladie mentale transitoire. « Par « maladie mentale transitoire », j'entends une maladie qui apparaît à un endroit et à une époque donnés avant de disparaître peu à peu. Elle peut se répandre de place en place et réapparaître de temps à autre. Elle peut être sélective en termes de sex-ratio ou de classe sociale, avoir une prédilection pour les femmes pauvres ou les hommes riches. Je ne veux pas dire qu'elle va et qu'elle vient chez un patient donné, mais que ce type de folie n'existe qu'à certaines époques et à certains endroits » (Hacking, 2002 : 9). Ainsi, pour qu'une maladie mentale transitoire puisse être, il faut qu'elle prenne place dans une « niche » : « la niche écologique est une idée fructueuse pour comprendre la maladie mentale transitoire, niche qui n'est pas simplement sociale, ou médicale, qui n'est pas le seul fait du patient ou le seul fait des médecins, mais est issue de la concaténation d'un

nombre extraordinaire d'éléments divers qui offrent un temps et un abri stable à certains types de manifestations morbides » (*ibid.* : 34-35). Si l'on s'attache aux circonstances de l'éclosion de l'épidémie d'anorexie mentale, il semblerait que celle-ci ait débuté dans les années 1960 dans les régions occidentalisées du monde. Cette période est celle où plusieurs facteurs concomitants sont propices à l'apparition dans les taxinomies psychiatriques de ce trouble : début du culte de la minceur, nouvelle diététique de masse, revendications politiques pour la prise en compte de la santé des femmes, naissance de la pédopsychologie et apparition de la notion de risque adolescent, etc. Ainsi, toutes ces conditions paraissent former une niche tout à fait propice au développement des troubles du comportement alimentaire. Cette notion de niche permet également de contourner deux problèmes : celui du débat entre opposant continuistes et discontinuistes, et celui de l'application du diagnostic d'anorexie mentale à des cas qui ne s'y conforment pas totalement, notamment par rapport au critère de la *fat phobia*. « On est tenté de dire que chacun de ces phénomènes est la manifestation de la même folie biologique sous-jacente. C'est possible. Un autre point de vue consiste à demander ce qui rend possible dans telle ou telle civilisation qu'un comportement particulier soit une façon d'être fou » (*ibid.* : 131).

3. La médecine comme idéologie

a) *Qualitatif et quantitatif*

Pour Auguste Comte, la maladie est un problème quantitatif. Il existe seulement une différence de degré entre l'état normal et l'état pathologique. Le rétablissement de l'individu malade passera ainsi par un rééquilibrage quantifiable. La thèse de Georges Ganguilhem réfute cette position : pour lui, il existe entre l'état normal et l'état pathologique une différence de nature, c'est-à-dire une différence qualitative (Ganguilhem, 1963). Si l'on réfléchit sur l'anorexie mentale à partir de ces propositions, la partie visible de cette pathologie est une importante perte de poids, et de fait une extrême maigreur apparente. Si l'on se réfère alors à la proposition de Comte, il s'agirait alors d'une différence quantitative entre l'état normal, c'est-à-dire un poids « normal » selon les normes de santé représentées par les barèmes de l'IMC, et l'état pathologique, qui consiste alors en un poids inférieur

à la norme ; le traitement consisterait alors simplement en un gain de poids, qui, en rétablissant l'aspect « normal » du corps, rétablirait le caractère pondéral « normal » et constituerait la guérison. La prise de poids constitue l'un des critères essentiels dans le traitement de l'anorexie mentale, car la maigreur extrême représente un danger vital pour l'individu. Néanmoins, nous ne pouvons appréhender l'anorexie mentale uniquement sous cet angle quantitatif. Concevoir alors l'anorexie mentale selon la théorie de Canguilhem d'une différence qualitative paraît alors pertinent. La différence entre l'état normal et l'état pathologique tient alors justement au fait que l'anorexie mentale est une pathologie mentale qui, en affectant la *psyché* de l'individu malade, introduit une modification qualitative dans son rapport au monde, et de fait également à lui-même. Ainsi, dans le traitement de l'anorexie mentale, il s'agit avant tout de rétablir une façon d'être au monde « normale », c'est-à-dire qualitativement normale, en ce que la pathologie ne doit plus affecter l'individu, ni dans ses relations sociales, ni dans son rapport à lui-même.

Appréhender l'anorexie mentale au prisme de ces deux théories permet de saisir la complexité de cette pathologie : elle est à la fois maladie mentale dans ses causes et maladie somatique dans ses conséquences. Le traitement vise ainsi à la fois à rétablir une normalité quantitative et une normalité qualitative, ce qui explique en partie la complexité de la guérison, et la nécessité d'une équipe de soins pluridisciplinaire.

b) La psychiatrie est-elle universelle ?

Lorsque l'on s'intéresse aux débats quant au maintien ou au retrait du critère de la *fat phobia* dans les classifications internationales, on comprend bien qu'en soi, le critère indiscutable pour établir un diagnostic d'anorexie mentale est la perte de poids concourante à la maladie. Les autres critères ne sont que relatifs, et expliquent que cette pathologie soit diagnostiquée même lorsque les symptômes psychiatriques diffèrent. Dans ces cas particuliers, les médecins parleront alors d'anorexie atypique. Ainsi, on pourrait avancer que dans la conceptualisation et le traitement de l'anorexie mentale, le passage d'un état pathologique à un état normal passe dans tous les cas par un rétablissement d'ordre quantitatif ; en revanche, selon les contextes, le rétablissement qualitatif différera, puisque les états dits « normaux » varient relativement en fonction des sociétés et des cultures, et que de fait, les états pathologiques le sont en référence à l'état normal, et divergent donc en fonction de

l'endroit où l'on se trouve. Se pose alors le problème de l'application d'une même classification des maladies mentales à l'échelle mondiale, qui serait par essence inadéquate, puisque définie dans un certain contexte par des médecins et pour des personnes appartenant à ce même contexte. Le biais est alors indiscutable, en ce que l'approche psychiatrique n'est nécessairement pas neutre idéologiquement. Canguilhem, s'appuyant sur les travaux de Louis Althusser, proposait d'envisager toute science comme une idéologie.

Si l'on prend le problème dans l'autre sens, il est également indéniable que toutes les pathologies mentales qui existent à travers le monde ne sont pas classifiables ni classifiées dans les taxinomies médicales, et plus particulièrement encore dans les nosographies psychiatriques internationales. L'un des exemples les plus illustratifs de ce propos est celui de l'amok, cette folie furieuse meurtrière spécifique à l'Indonésie. L'amok est considéré comme une forme de psychose, et rentre dans le vocabulaire psychiatrique en 1951, défini par P. M. Yap comme « une éruption soudaine de violence sans limite, associée à des attaques homicides précédées d'une période de mélancolie et s'achevant dans l'épuisement et l'amnésie » (Yap, 1951). Cette pathologie n'a lieu que dans un contexte particulier, et touche des personnes appartenant à une culture donnée. L'amok n'existe, en tant que tel, que parce qu'il prend forme dans une cosmologie particulière, dans une société indonésienne fortement imprégnée par la violence politique (Good, 2001). Ainsi, vouloir coller la même étiquette d'anorexie mentale à des formes de ce trouble pourtant différentes dans les faits dénote probablement non pas une erreur classificatoire mais une volonté politique d'unification sous une même catégorie médicale et psychiatrique d'une variété de comportements portant sur la même problématique. L'aspect politique de la reconnaissance d'un comportement comme pathologie a été exposé de manière tout à fait remarquable à propos du syndrome post-traumatique, dont l'entrée dans les taxinomies médicales a permis aux vétérans de la guerre du Vietnam d'avoir une prise en charge médicale remboursée de leurs troubles traumatiques (Young, 2001). L'aspect politique de l'entrée de l'anorexie mentale dans le DSM, dans les années 1970, pourrait sembler plus difficile à démontrer. Pourtant, bien que cette pathologie ait été médicalement reconnue des décennies auparavant, le fait qu'elle rentre dans le DSM à ce moment-là ne semble pas être un hasard. En effet, aux années 1960-1970 correspondent les premières revendications féministes médiatiques et médiatisées dénonçant

l'instrumentalisation du corps de la femme en tant qu'objet de fantasme masculin. Il pourrait ainsi être intéressant d'envisager ces deux phénomènes comme étant liés : l'entrée de l'anorexie mentale dans les taxinomies médicales, et plus précisément la reconnaissance de cette pathologie par le DSM pourrait être le reflet plus général d'un mouvement de fond qui dénonce l'aliénation de la femme par la société patriarcale, et ainsi, dans une certaine mesure, le signe réciproque d'une acceptation implicite de ces théories par la sphère médicale. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aborderons plus en détail les théories féministes relatives à l'anorexie mentale au chapitre suivant.

L'anorexie mentale interroge ainsi sur la frontière entre normal et pathologique comme nous l'avons vu précédemment dans sa mise en parallèle avec des formes de jeûnes religieux ; ici, l'anorexie mentale, dans la manière dont est pensée son épidémiologie, questionne sur un autre aspect « culturel » de cette maladie. En effet, l'évolution des données concernant l'anorexie mentale depuis les années 1960 donne à penser, en premier lieu, à une épidémie d'anorexie mentale ; mais ces données reflètent avant tout une évolution dans le diagnostic et dans la considération même de cette pathologie. De même, l'intégration de la catégorie d'anorexie mentale aux taxinomies médicales dans les années 1970 est représentative d'un changement dans la conception de ce trouble, et dans le regard porté aux malades. Le diagnostic lui-même interroge : bien qu'il soit le même, du fait d'une définition médicale stable et standardisée, il s'applique à des cas multiples. Le problème du diagnostic en général, quel que soit la pathologie mentale, est d'apposer sur des individus présentant des formes pathologiques individuelles et donc multiples une même étiquette, qui masque parfois des aspects de la pathologie qui sont propres aux individus, et qui ne peuvent pas être couverts par un terme médical générique. C'est en ceci que le diagnostic de maladie mentale diffère fondamentalement de celui d'une maladie somatique. De surcroît, une fois le diagnostic posé, il oriente le malade vers un parcours psychiatrique standardisé, et l'enferme dans une catégorie qui devient socialement constituante de son identité.

L'exemple de l'anorexie mentale nous permet de saisir que les catégories médicales et que la science de manière générale ne sont pas idéologiquement neutres, et que l'évolution du regard porté sur des faits de maladies est à resituer dans un schéma social plus large, relevant d'une théorie générale de l'homme et de l'humain historiquement orientée et variable. « La médecine et la science ne sont

bien entendu nullement protégées des pesanteurs ou des fluctuations que l'histoire, la société, la culture, les forces économiques, le changement social détermine dans les idéologies, les fantasmes, les mythes. Elles les épousent ou même, bien souvent, les précèdent et les annoncent » (Fischler, 2001 : 330).

3. Des premières observations aux taxinomies psychiatriques

Il pourrait sembler à première vue étrange d'avoir attendu si tard dans cette étude pour parler de manière plus concrète des théories médicales et psychiatriques à propos de l'anorexie mentale. Pourtant, il a semblé dans l'écriture plus judicieux d'attendre ce stade de l'analyse pour développer ces théories : en effet, maintenant que nous avons mieux cerné les différents contextes dans lesquels la prévalence de l'anorexie mentale est importante, nous pouvons à présent envisager ces définitions non pas comme une fin mais comme le moyen ; non pas en tant que support référentiel à partir duquel mener notre réflexion, mais comme matériel sur lequel on se doit de porter un regard critique.

a) Premières observations

Les premières descriptions de cas ressemblant à de l'anorexie remontent au XVII^e siècle, avec les travaux du médecin anglais Richard Morton. Il dresse en 1694, dans *Phthisiologia : or a Treatise of Consumptions*, le portrait clinique d'une jeune femme de vingt ans, Miss Duke, présentant au moment de leur rencontre en 1686 un état de cachexie avancée ; la jeune fille affirmait avoir perdu l'appétit, mais disait pourtant se sentir en pleine forme (tout au moins au début de sa maladie), pratiquant notamment des exercices physiques quotidiens. Elle décéda quelques mois après leur entretien. Il fait également état d'un jeune homme de seize ans ayant « perdu l'appétit sans raisons ». Morton donne à la pathologie qu'il observe alors le nom de « consommation nerveuse » (Guillemot & Laxenaire, 1997). Il semblerait que des descriptions de cas similaires aient été faites auparavant par Simone Porta ou Portio en 1550 et par Nathaniel Johnston en 1669 (Maître, 2000), mais celles-ci sont très largement occultées de travaux retraçant l'histoire de la pathologie, au point que nous sommes en mesure de nous interroger sur le réel apport de ces travaux à l'histoire de la construction de la catégorie médicale qui nous intéresse ici. Morton

fut le premier à évoquer concrètement plusieurs symptômes typiques de l'anorexie mentale, et à opérer une nette distinction entre cette affection et, d'une part, le diagnostic imprécis de consommation, d'autre part, les ravages spécifiques de la tuberculose. « La perplexité de Morton, face à une patiente qui semblait avoir choisi de se laisser mourir de faim, induisit la prise en compte des bases émotionnelles ou psychiques des maladies nerveuses » (Bell, 1985 : 4). Robert Whytt, en 1764, professeur de médecine à Edinburg, est également l'un des premiers à s'être intéressé aux troubles alimentaires d'origine « nerveuse », ayant relaté le cas d'un palefrenier de quatorze ans ayant présenté une forme d'anorexie (Silvermann, 1987). En France, Nadeau publie en 1789 son *Observation sur une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments*, dans lequel il expose le cas d'une femme de trente-cinq ans présentant une perte totale d'appétit. Nadeau pense néanmoins ce symptôme comme cause d'une affection hystérique (Guillemot & Laxenaire, 1997). Le traitement qu'il propose alors correspond d'ailleurs au traitement fait aux femmes diagnostiquées hystériques : « Nadeau guérit sa patiente [...] à l'aide d'eau de chicorée amère, de teinture de mars tartarisée et de liqueur minérale anodine d'Hoffmann, associées à des frictions sèches par tout le corps avec des linges, une série de huit bains froids d'une heure chacun et deux lavements froids par jours » (Guillemot & Laxenaire, 1997 : 7). Il faut relever la théorie humorale sous tendue par cette ordonnance. L'hystérie, conçue en tant que dérèglement d'humeur, est traitée par le sec et le froid. Les théories hygiénistes vont également dans ce sens : « le froid apparaît comme une donnée immédiate de l'hygiène » (Urbain, 1994 : 138). Le paradigme médical positiviste en vigueur au XVIII^e siècle, dans lequel s'inscrivent les théories du médecin écossais Brown, pense les maladies en tant que modifications quantitatives par rapport à l'état normal (Canguilhem, 1943). « Traiter les maladies c'est corriger l'incitation dans le sens de l'accroissement ou de la diminution » (*ibid.* : 27). L'hystérie et la consommation⁹, sont alors des pathologies relevant d'une tendance humorale excessive à la chaleur. Le traitement consiste en un rétablissement de la température optimale. Il est d'ailleurs remarquable que le terme de « consommation » ait été utilisé pour désigner cet amaigrissement caractéristique, et qu'il soit par ailleurs resté longtemps en vigueur

⁹ Du latin *consumptio*, signifiant à la fois « consumer » et « détruire ».

dans le lexique médical pour désigner « l'amaigrissement et le dépérissement progressif dans certaines maladies, en particulier la tuberculose »¹⁰.

Giorgio Baglivi, nommé par la pape Clément XI à la chaire de théorie médicale du Collegio della Sapienza à Rome, partisan de la médecine somatique, considérant le corps comme une machine à traiter pièce par pièce, s'est intéressé à l'hystérie dans *The practice of physics*, publié en 1723. Contrairement à l'opinion dominante de l'époque, qui pensait que les maladies hystériques avaient pour origine l'abus de nourriture et de boisson, Baglivi propose d'ajouter une origine affective à ces troubles. Les personnes de condition sociale élevée ont une constitution affective plus délicate que les paysans et autres personnes de classes sociales inférieures, et sont plus enclines à développer des pathologies mentales. Comme ses contemporains, Baglivi pensait que la maladie mentale se manifeste presque invariablement par des symptômes gastro-intestinaux. N'arrivant pas à expliquer le processus par lequel le déséquilibre émotionnel provoquait des symptômes somatiques, il se tourne donc vers des remèdes thérapeutiques. Dans cette lignée, de nombreux auteurs du XVIII^e siècle, tels que Thomas Sydenham, Bernard de Mandeville, Georges Cheyne et William Cullen rapportent des symptômes significatifs de l'anorexie mentale, et tentèrent d'apporter des explications à ces comportements. « Les termes *mélancolie*, *hystérie*, *hypochondrie*, *faiblesse d'esprit*, *affections nerveuses*, *maladie anglaise* ou *affliction des vapeurs* (qui pouvait émaner d'un utérus malheureux flottant vers le haut et appuyant sur les organes gastro-intestinaux) étaient utilisés de manière imprécise par des auteurs qui ne se sont jamais réellement dégagés de l'ancienne conception égyptienne associant les troubles émotionnels chez la femme et les affections génitales, parmi lesquelles la « migration de la matrice » » (Bell, 1885 : 7). En 1840, le médecin français Fleury Imbert (1795–1851), dans son *Traité pratique des maladies des femmes*, décrit trois troubles de l'alimentation, anorexie, boulimie et pica. Deux types d'anorexie sont évoqués, l'anorexie gastrique et l'anorexie nerveuse, appelée aussi anorexie primitive ou idiopathique (Pewzner-Apeloig, 2005). En 1860, Louis-Victor Marcé publie *Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutives aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*, ce qui lui vaut le privilège d'être considéré par certains auteurs comme le véritable fondateur de

¹⁰ Dictionnaire Larousse, 2014.

l'anorexie mentale (Maître, 2000). Dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, publié en 1859, Pierre Briquet (1796–1881) décrit l'hyperesthésie de la digestion, caractérisée par l'aversion à l'égard de la nourriture et par la douleur consécutive à toute ingestion d'aliments. Soulignant la gravité de l'affection, Briquet met en garde médecins et parents sur le risque d'évolution mortelle (Pewzner-Apeloig, 2005).

La catégorie nosographique de cette pathologie commence à se fixer au XIX^e siècle avec les travaux de William Gull en Angleterre et Charles Lasègue en France, respectivement en 1874 et 1873 (Fischler, 2001). Ceux-ci font des descriptions cliniques de cas de restriction alimentaire évoquant cette pathologie (Guillemot & Laxenaire, 1997). De nombreux auteurs s'accordent pour établir l'apparition de l'anorexie dans les taxinomies médicales au moment de leurs travaux (*ibid.* ; Fischler, 2001 ; Darmon, 2003). L'absence d'appétit n'est plus envisagée comme l'un des symptômes d'une maladie, notamment d'origine organique, qui prévaudrait au mal-être de l'individu ; elle est pensée pour elle-même en tant que cause et non pas en tant que conséquence. Ce jeûne est alors reconnu en Angleterre comme une entité diagnostique à part entière, et en France comme un groupe symptomatique autonome rattaché à l'hystérie (Darmon, 2003). « Dès 1868, Gull a décrit une maladie étrange qui semblait affecter les jeunes femmes : elles refusaient de manger alors qu'elles étaient devenues extrêmement maigres. Il donna le nom d'*apepsie hystérique* à cette maladie, mais on peut douter de la valeur de cette appellation, d'une part parce que la pepsine n'est pas forcément absente et, d'autre part parce qu'à cette époque le terme d'« hystérie » était réservé aux femmes, alors que la restriction volontaire de l'alimentation peut aussi affecter les hommes. Six ans plus tard, Gull publia de nouvelles conclusions, sous une forme révisée et mise à jour ; il appela ce syndrome *anorexia nervosa*, terme toujours employé en Angleterre et aux États-Unis. Là encore il insiste sur le refus alimentaire, la perte pondérale extrême et l'aménorrhée, caractéristiques de cette maladie chez les jeunes femmes. De plus, il note des symptômes concomitants parmi lesquels la constipation, le pouls faible, une respiration lente et l'absence de pathologie somatique. Gull exprime un certain étonnement envers l'activité soutenue, voire l'hyperactivité, de certaines de ces patientes anorexiques. [...] Gull suggère que la maladie résulte d'un « état mental morbide » chez les jeunes filles à un âge où les tourments affectifs risquent fortement d'affecter l'appétit. Il affirme que les parents

de la jeune fille sont « ceux qui s'occupent le plus mal d'elle », mais il n'explore pas davantage la nature des relations entre les parents et leur fille, ni le rôle, comme cause ou comme facteur, que celles-ci peuvent avoir sur le déclenchement de l'anorexie. Pratiquement à la même époque que le deuxième article de Gull en 1874, et, semble-t-il, de manière indépendante, Lasègue exposa longuement ce qu'il appelle l'*anorexie hystérique* en s'appuyant sur huit observations. Il distingue avec précision cette maladie, d'une part, de l'« amaigrissement hystérique » et, d'autre part, de la perte de poids soudaine accompagnant les dépressions aiguës. Aucune de ses patientes ne jeûnait complètement ; certaines développaient une aversion envers n'importe quel type de nourriture, d'autres refusaient seulement certains aliments. Lasègue pensait que la maladie était en relation avec un traumatisme affectif de la patiente, en général une grande adolescente, avait du mal à dissimuler. Il a insisté sur la félicité relative de ses patientes : elles ne paraissaient pas vraiment se préoccuper de leur minceur extrême, et leur état semblait leur procurer une certaine satisfaction. Elles se présentaient tantôt comme des malades, tantôt comme des enfants capricieuses, attirant doucement mais sûrement leur famille tout entière dans un piège où le seul sujet de préoccupation et de conversation devient l'alimentation et le refus de s'alimenter. [...] Ce médecin cherchait ainsi à mettre « en parallèle l'état morbide du sujet hystérique et les préoccupations de son entourage ». Autant il se montre sceptique envers la capacité des parents à guérir leur fille, autant il se montre confiant envers ses propres pouvoirs curatifs. A l'encontre de Gull qui relate la mort d'au moins une de ses patientes, Lasègue proclame fièrement qu'il obtient un taux de guérison de cent pour cent » (Bell, 1885: 8-10). En 1875, Giovanni Brugnoli publie à Bologne des observations de malades présentant sensiblement les mêmes symptômes que ceux décrits par Gull et Lasègue (Maître, 2000).

Les travaux de Huchard en 1883 donnent naissance à la dénomination actuelle d'« anorexie mentale » (Guillemot & Laxenaire, 1997 ; Micheli-Rechtman, 2007). On peut néanmoins considérer que l'anorexie mentale reste appréhendée comme une forme d'hystérie jusqu'à la fin du XIX^e siècle (Gremillion, 2003). Dans ce même temps, Jean-Marie Charcot, suivant l'idée proposée par Gull et Lasègue que la famille du patient était, dans une certaine mesure, responsable de la maladie, instaure la séparation catégorique avec la famille durant toute la durée du traitement. Il ajoute à l'isolement la toute-puissance du soignant, tant sur le patient

que sur la famille : « Je pris les parents à part et, après leur avoir adressé de rudes remontrances, je leur dis qu'il ne nous restait, à mon avis, qu'une seule chance de succès : c'était qu'ils s'éloignent au plus vite ou parussent s'éloigner au plus vite, ce qui revenait au même. Ils diraient à leur enfant qu'ils étaient obligés, pour une raison quelconque, de repartir pour Angoulême ; ils m'accuseraient moi, le médecin, le leur départ ; peu m'importait d'ailleurs pourvu que la jeune fille fût persuadée qu'ils étaient partis, et cela immédiatement. Leur consentement fut difficile à obtenir, malgré toutes mes remontrances. Le père surtout ne pouvait comprendre qu'un médecin pût exiger qu'un père s'éloignât de son enfant au moment du danger. Mais la conviction m'animait, je fus peut-être éloquent, car la mère céda d'abord, et le père suivit en maugréant et n'ayant, je crois, qu'une faible confiance dans le succès¹¹ ». Pierre Janet, médecin et psychologue français, décrit en 1903 dans *Les obsessions et la psychasthénie* plusieurs cas d'anorexie, dont celui d'une jeune fille nommée Nadia, qui lui permet de relever et d'objectiver chez cette patiente une obsession de la honte du corps (Guillemot & Laxenaire, 1997). En 1906, Janet, invité par les administrateurs de l'École médicale d'Harvard, donne une série de quinze conférences exposant ses travaux ; l'une d'elle est consacrée à l'anorexie mentale, qu'il nomme alors *anorexie hystérique*. En s'appuyant sur les travaux de Lasègue et Charcot, il décrit trois stades dans l'anorexie hystérique qui se succèdent sur une période de dix-huit mois au minimum, mais durant généralement dix ans ou plus. « Au premier stade, le stade gastrique, la patiente est extrêmement docile : elle est désireuse de modifier son mode d'alimentation et elle prend ses médicaments pour essayer de se débarrasser de ses vagues douleurs à l'estomac. Au cours du deuxième stade, ou état moral, la jeune fille entre en conflit avec les membres de sa famille qui, maintenant, la soupçonnent d'être une hypocondriaque têtue. Du coup, la jeune fille devient opposante parce que, si elle fait la moindre concession, elle apparaîtra comme une enfant capricieuse (or ses parents excédés la considèrent désormais comme telle) et non comme la personne décidée qu'elle souhaiterait être. À la même époque, elle devient hyperactive ; de manière de plus en plus inquiétante, elle prend l'habitude de vomir tout ce qu'on l'a forcé à avaler. Au cours du dernier stade, ou période d'inanition, sa vie même est en jeu et la patiente ne peut plus masquer ses symptômes : sa respiration est irrégulière, son abdomen se rétracte, elle

¹¹ Charcot, cité dans Raimbault et Eliacheff, 1989, p. 18.

est constipée, urine peu, sa peau est desséchée et se craquelle, son pouls est rapide et elle manque de souffle. Elle reste alitée dans un état délirant semi-comateux. » Janet, malgré la description détaillée qu'il offre des stades de la pathologie, est néanmoins incapable de donner une explication quant à l'étiologie de cette forme d'anorexie qu'il observe (Bell, 1885 : 15-16). En 1908, Gilles de la Tourette – célèbre pour le syndrome neuropsychiatrique auquel il a donné son nom – formalise la distinction entre anorexie primaire et anorexie secondaire, dont Morton avait eu avant lui l'intuition. Il insiste sur l'origine psychique de l'anorexie primaire, et sur le fait que les anorexiques ne présentent pas une absence d'appétit, mais plutôt un refus de nourriture, associé à un trouble de la perception de leur corps (Guillemot & Laxenaire, 1997).

À partir de 1914, la découverte par Simmonds de la cachexie hypophysaire amène une part du corps médical à penser l'anorexie mentale selon une étiologie endocrinienne : cette pathologie serait la conséquence d'un dysfonctionnement de l'hypophyse (Gremillion, 2003 ; Guillemot & Laxenaire, 1997). La théorie endocrinienne sera très largement investie durant une vingtaine d'année, au détriment de l'attention portée sur les facteurs psychiques de la maladie.

L'anorexie mentale est définie en tant que maladie à part entière à la fin des années 1970 (Fischler, 2001), en rentrant notamment dans les manuels de psychiatrie, en tant que pathologie stable et pouvant être diagnostiquée à partir d'un ensemble déterminé de symptômes donnés. Bien que l'anorexie ne soit décrite comme pathologie spécifique qu'à partir du XIX^e siècle, nous sommes pourtant en mesure de nous demander si l'anorexie est pour autant une maladie moderne. C'est pourquoi les descriptions de cas de personnes malades présentant des symptômes semblables à ceux que l'on conçoit aujourd'hui, bien qu'elles soient antérieures à la construction de l'anorexie mentale en tant que pathologies spécifiques avec un nom défini et fixe, entrent directement dans l'histoire de l'anorexie, en tant que faisant partie de l'évolution de la pensée scientifique autour de symptômes spécifiques regroupés en entité nosologique. Mais considérer l'histoire de l'anorexie mentale en prenant comme point de départ les premières descriptions médicales de cas de patients présentant des symptômes similaires à ceux des taxinomies actuelles pourrait néanmoins s'avérer être un choix réducteur ; on peut également ne pas limiter cette vision rétrospective aux seules démonstrations médicales de comportements catégorisés d'emblée comme relevant de traits pathologiques.

L'anorexie mentale peut ainsi être comparée à travers l'histoire à d'autres formes de jeûnes, notamment religieux. La parallèle le plus souvent établi et discuté est celui entre les jeûneuses mystiques du Moyen-Âge et les anorexiques contemporaines (Bynum, 1984 ; Bell, 1985 ; Brumberg, 1988 ; Maître, 2000). Du V^e au XIV^e siècle, la littérature théologique fait état de jeunes filles jeûnant jusqu'au refus alimentaire complet. De même, du XVI^e au XVIII^e siècle, les causes surnaturelles restent la première explication des refus alimentaires catégoriques (Guillemot & Laxenaire, 1997).

b) Entre physique et mental : la recherche des causes de l'anorexie

L'anorexie mentale, du fait de son étiologie complexe et multifactorielle, est une pathologie qui a donné lieu à des interprétations plurielles quant à son origine et ses causes. Nous aborderons ici dans un premier temps l'approche psychanalytique de l'anorexie mentale, puis dans un second temps nous nous intéresserons aux différentes théories somatiques relatives à cette pathologie, pour tenter de mieux comprendre la manière dont sont construites les définitions cliniques actuelles.

Les théories psychanalytiques

Plusieurs perspectives psychanalytiques coexistent à propos de l'anorexie mentale, empruntant des directions différentes, parfois incompatibles. Ainsi, la psychose « monosymptomatique » de Mara Selvini (1974) ou la « délinquance alimentaire » de Winnicott sont des interprétations possibles de cette pathologie. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement à la perspective lacanienne, puis aux les interprétations basées sur le fantasme hystériques de fécondation orale, pour enfin aborder les théories de Hilde Bruch sur la question. En 1935, Lacan, dans une conférence à la Société Psychanalytique de Paris, notait se souvenir d'avoir connu une trentaine de cas d'anorexie mentale ; tous des garçons juifs. Une vingtaine d'années plus tard, Lacan affine son analyse sur la question : « Je vous ai déjà dit que l'anorexie mentale n'est pas un ne pas manger, mais un ne rien manger. [...] Ce point est indispensable pour comprendre la phénoménologie de l'anorexie mentale. Ce dont il s'agit dans le détail, c'est que l'enfant mange rien, ce qui est autre chose qu'une négation de l'activité. De cette absence savourée comme telle, il use à l'égard de ce qu'il a en face de lui, à savoir la mère dont il dépend. Grâce à ce rien, il la fait

dépendre de lui » (Lacan, 1994, p.184). En 1964, dans *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Lacan reprend les théories des pulsions de vie et de mort proposées par Freud en 1915. Il articule les représentations freudiennes de la pulsion sexuelle et de la pulsion de mort, avec sa conception de la représentation de la chaîne signifiante comme « bouclée » de manière à contourner son objet *a*. En reprenant la conception freudienne selon laquelle il existe une indépendance de l'objet vis-à-vis de la pulsion et que, de ce fait, n'importe quel objet puisse être amené à remplir la fonction d'un autre pour la pulsion, Lacan souligne à quel point l'objet de la pulsion ne peut pas être assimilé à un objet concret, mais qu'il faut le concevoir comme étant de l'ordre d'un creux, d'un vide, et comme non représentable. Cet objet *a*, cause du désir, se profile à travers les interstices de la chaîne. À partir du moment où la chaîne revient sur elle-même, le champ de ce même objet, cause du désir, est représentable comme situé – bien qu'il ne soit pas localisable – dans une aire intérieure à une boucle. Mais du fait de sa dépendance à la parole, il nous est renvoyé du lieu de l'Autre. Il s'agit donc, dans le trajet en boucle, de le contourner sans jamais s'y satisfaire, ce qui rend compte de l'appartenance de cet objet à la sphère de l'Autre (Micheli-Rechtman, 2002). Cette boucle est autrement appelée la « bouteille de Klein » est représentée par une figure impossible, sous forme de labyrinthe fermé. Ainsi, à propos de l'objet *a* au plan oral : « Dans l'anorexie mentale, ce que l'enfant mange, c'est le *rien* » (Lacan, 1964, p. 96). En est resté la formule désormais classique : « L'anorexique mange non pas rien, mais *le rien* ». En mangeant du « rien », l'anorexique réduit son corps au minimum. Elle s'adresse alors non pas à un corps réel, mais à un corps idéal, idéalisé, duquel rien ne peut ni ne doit dépasser (Micheli-Rechtman, 2002).

Christine Durif-Bruckert, psychologue et anthropologue, a procédé à des études comparées dans le cadre d'une recherche sur le rapport à l'aliment dans le cadre de troubles du comportement alimentaire. Elle a demandé à deux groupes, l'un formé d'une population urbaine diversifiée, l'autre de jeunes femmes anorexiques, âgées de seize à vingt-sept ans, en milieu psychiatrique, de représenter l'anatomie et le fonctionnement physiologique, et principalement les fonctions digestives, c'est-à-dire l'ingestion, l'assimilation et l'expulsion. Le premier groupe conçoit clairement les capacités de l'organisme à recevoir, à garder et à perdre quelque chose par ce biais de l'alimentation, selon un axe vertical *oral/anal*. En revanche, le second groupe présente une sévère distorsion dans la perception du

corps digestif. Les jeunes filles montrent des difficultés à situer les organes digestifs et à expliquer leurs fonctions. Le corps est alors conçu tout entier comme un estomac, ou alors comme un tube par lequel l'aliment tombe sans être retenu ; ou encore, si l'aliment est pris, il rentre directement dans la chair. Les aliments sont vidés de leur valeur symbolique. Seuls les aliments liquides ne sont pas perçus comme des ennemis, car ils « n'accrochent pas », et sont plus faciles à évacuer, sous une forme « propre » (Durif-Bruckert, 2003). On retrouve cette idée du *rien* dans le vide dont il est ici question. Il paraît pertinent de mettre en parallèle ces conceptions psychanalytiques du « rien » et du « corps-tube » avec le mythe de l'*Inédie* dans la religion chrétienne. L'*Inédie* consiste à vivre plusieurs mois, voire plusieurs années, sans s'alimenter. Ce mythe est né au XV^e, avec l'exaltation des records anorectiques de nombreuses mystiques religieuses du XII^e au XIV^e, même quand la dénutrition avait entraîné la mort ; c'est le cas par exemple de Catherine de Sienne, qui a d'ailleurs ensuite été canonisée (Maître, 2000). Ces femmes ont été glorifiées par admiration pour ce corps envisagé en quelque sorte comme non humain, exalté par une force divine ; un corps dans lequel rien n'entre et duquel rien ne sort. En somme, un corps absolument pur, détaché de toutes vanités. Dans le cas des anorexiques, il s'agit toujours de la recherche d'un corps pur *via* la non-ingestion de nourriture, mais sur un mode totalement détaché d'un quelconque don religieux de sa vie à travers le sacrifice de son corps. Pourtant, on peut se demander s'il n'y a pas également dans ce refus de se nourrir un sorte de recherche de se détacher des vanités du monde, au sens de mortalité du corps, qui prend bien évidemment un sens très différent dans ce contexte-ci. Dans la perspective lacanienne, Pascal Guingand, psychiatre d'orientation psychanalytique, avance que dans l'*Inédie* comme dans l'anorexie, les jeunes femmes cherchent le « rien ». Il pousse l'idée jusqu'à établir une thèse selon laquelle les anorexiques souffriraient justement d'une carence de l'« incorporation du père » (Guingand, 2004). Nous ne nous étalerons pas ici la métaphore religieuse proposée par l'auteur, bien que celle-ci semble être discutable à plusieurs niveaux. Il faut toutefois rappeler que l'absorption de nourriture par les femmes est, dans une large mesure, socialement dévalorisée en occident, et que ce jugement péjoratif perdure encore sous certains aspects jusqu'à nos jours.

Les interprétations basées sur le fantasme hystérique de fécondation orale proposent d'envisager l'anorexie mentale comme un trouble non pas dans la

construction de l'objet *a* au plan oral, mais directement dans la construction de l'oralité lors de cette phase du développement psychologique de l'individu. Ainsi, nous retrouvons dans ces types d'interprétations l'omniprésence du *phallus symbolique* et de l'*incorporation*, sorte de cannibalisme envers la mère. « Les premiers auteurs, pénétrés d'orthodoxie freudienne, ont mis l'accent sur les facteurs intrapersonnels. Walter et ses collègues écrivirent en 1940 que dans les croyances des peuples primitifs, tout comme dans les fantasmes infantiles, la grossesse peut se produire en mangeant. Il est possible que l'enfant refoule ces fantasmes, mais leur pouvoir au niveau inconscient demeure très important tout au long de la vie. Il se peut qu'en particulier à l'adolescence, les jeunes filles, qui ressentent indubitablement les signes biologiques et sociaux au début de la phase génitale du développement physique et psychique régressent pour retrouver le confort apparent du stade oral. D'où une reviviscence des désirs de fécondation orale, entraînant un sentiment de culpabilité, un refus de se nourrir et un amaigrissement qui risque d'être fatal, tout cela représentant le renversement des pulsions meurtrières infantiles envers la mère » (Bell, 1885 : 21). Le thème de la mère est ainsi récurrent dans les travaux sur l'anorexie mentale. La mère, longtemps conçue comme seule et unique responsable des déviances alimentaires de ses enfants, du fait de son rôle de femme au foyer et mère nourricière, est désormais incluse dans un cadre plus large (Darmon, 2008). Plus largement, c'est la famille qui est progressivement mise sur le devant de la scène par la psychanalyse. La famille, dont la figure de la mère reste néanmoins centrale, du fait de son rôle de garante de la structure familiale, est alors envisagée comme environnement pathogène pour l'individu. Nous avons déjà abordé cette question précédemment lors du survol des travaux de Janet sur la thérapie de séparation familiale. Dans cette optique, l'anorexie mentale est une maladie de la séparation. Dans l'impossibilité de rompre les liens avec son milieu familial, consécutif à une sous-estime profonde de soi, l'individu va chercher à s'en dégager à travers la pathologie. Le refus de la nourriture équivaut symboliquement au refus de l'amour maternel et familial. « Il est difficile aux parents de croire que leur enfant sage, affectueuse et dévouée, a vécu dans l'angoisse et la tension. Pourtant, selon leurs propres descriptions, la plupart de ces jeunes filles ont eu une enfance pleine d'anxiété et de contrainte, elles ont vécu dans la peur constante d'être trouvées en défaut, de n'être pas assez bien, de ne pas répondre aux « attentes », de perdre l'amour et la considération de leurs parents. [...] Les jeunes filles

anorexiques répètent sans fin qu'elles se sentaient « dépourvues de mérite », « indignes » et « ingrates ». Elles se plaignent toutes d'avoir bénéficié de trop de privilèges et de s'être senties accablées par le devoir qui leur incombait de vivre conformément aux obligations d'une telle situation. Elles se sont inquiétées de l'écart entre ce qu'elles avaient l'impression de mériter et ce qu'on leur donnait, et elles sont devenues très frugales, allant même jusqu'à l'autopunition, parce qu'elles pensaient ne jamais pouvoir rembourser leurs parents de leur générosité. [...] De bien des manières, elles sentent et elles se comportent comme si elles n'avaient pas des droits indépendants, comme si, ni leur corps, ni leurs actions, ne dépendaient d'elles, ou même s'ils ne leur appartenaient pas. » (Bruch, 1979 : 53-54).

Les théories somatiques

« Les processus socioculturels et psychanalytiques à l'œuvre dans l'anorexie ne sont évidemment pas déconnectés de la biologie, comme on le voit très simplement en relevant leur prévalence dans le sexe féminin et leurs effets catastrophiques sur le métabolisme ; ils n'en restent pas moins consistants et essentiels, avec leurs propres exigences épistémologiques » (Maître, 2000 : 77). Les théories proposant des causes somatiques à l'anorexie mentale ne sont pas nouvelles. Déjà, certaines théories, formulées avant la distinction entre anorexie primaire et anorexie secondaire, focalisaient leur recherche sur des causes organiques à ce qui était alors conçu comme une perte d'appétit (et non pas comme un dégoût des aliments et un refus de se nourrir), notamment à travers la recherche de pepsines gastriques. La différence ici est que les causes organiques responsables de l'anorexie sont ici cherchées non pas dans un dysfonctionnement qui empêcherait physiquement les personnes de se nourrir. Il s'agit, au contraire, d'une recherche de facteurs biologiques expliquant la maladie mentale elle-même. L'idée sous-tendue par ces théories est en somme que la pathologie mentale est provoquée en premier lieu par un dérèglement génétique ou hormonal, avant d'être le fruit de facteurs psychologiques ou environnementaux. L'anorexie mentale n'est pas l'unique maladie mentale qui motive ce genre de recherche. D'autres, comme l'autisme ou la schizophrénie, sont aussi sujettes à la quête d'explications causales biologiques. Néanmoins, « la psychiatrie se trouve dans une position particulière : lorsqu'elle découvre la cause d'une pathologie mentale, comme ce fut le cas pour l'épilepsie, c'est que celle-ci n'était pas mentale. » (Ehrenberg, 1998 : 22). Ainsi, si l'on

poursuit cette idée, une pathologie dont les causes biologiques sont connues et identifiées comme seules responsables passe du champ de la maladie mentale à celui de la maladie organique. Le fait que l'étiologie de l'anorexie mentale reste en questionnement laisse ainsi libre cours aux théories somatiques. L'apport de ces travaux est par ailleurs indéniable, puisqu'ils contribuent à une meilleure connaissance de la pathologie sous son aspect physique, et pourrait par là même aider à améliorer le traitement et la prise en charge des personnes malades.

Pour ce qui est des facteurs génétiques de cette pathologie, il n'y a pas de gène identifié comme responsable, mais une hérédité avérée. Selon une étude menée par l'Inserm, l'héritabilité est estimée à 50-70% des cas. La fréquence serait ainsi dix fois supérieure chez les individus ayant une femme anorexique dans leur parenté de premier degré par rapport à des sujets témoins. Les théories endocriniennes ont longtemps été en vogue, notamment du fait du développement, dans les années 1910, des connaissances médicales liées à la première guerre mondiale. La théorie de Simmonds propose ainsi de lier l'anorexie mentale avec une insuffisance hypophysaire. La théorie de John Mayo Berkman s'interroge quant à elle sur une insuffisance thyroïdienne qui pourrait être responsable de cette pathologie mentale. « La théorie selon laquelle l'anorexie mentale est due à une atteinte de l'hypothalamus constitue un autre exemple de l'approche organique. Des expériences menées sur des animaux ont montré que des lésions de l'hypothalamus entraînent une aversion pour la nourriture, des troubles du comportement, une rétention anormale des fluides, une faible sécrétion de la gonatrophine, et même une hyperactivité, en fait une grande partie des symptômes psychiques et organiques que l'on retrouve dans l'anorexie mentale » (Bell, 1885 : 19-20). Plusieurs anomalies endocriniennes sont reconnues dans l'anorexie mentale : hypogonadisme hypogonadotrope avec diminution de la sécrétion pulsatile de LH et de FSH, activation de l'axe corticotrope avec hyper-cortisolémie secondaire, syndrome de la T3 basse, augmentation de la sécrétion en hormone de croissance (GH) accompagnée d'une diminution du taux de somatomédine C ou IGF-I, tendance à l'hypoglycémie avec hypoinsulinisme. L'atteinte des axes gonadotrope, corticotrope et somatotrope est de toute évidence d'origine hypothalamique. Ce dysfonctionnement pourrait s'expliquer par une perturbation de certains neurotransmetteurs, comme le neuropeptide Y dont l'activité est accrue en réponse à la diminution des taux plasmatiques de leptine, telle qu'on l'observe dans

l'anorexie mentale. Ces différentes anomalies ne sont pas le reflet d'une perturbation intrinsèque des glandes endocrines mais traduisent plutôt des réactions d'adaptation homéostatique face à la réduction dramatique des apports énergétiques qui caractérise l'anorexie mentale (Lambert, 1997). Des études ont également été menées sur les hormones gonadiques dans l'anorexie mentale masculine (Buvat, 1983).

Au niveau neurologique, de nombreuses recherches mettent en avant un dysfonctionnement sérotoninergique. La sérotonine est une substance qui assure le passage du message nerveux entre les neurones (au niveau des synapses). Elle est notamment impliquée dans la stimulation du centre de la satiété (zone du cerveau qui régule l'appétit). Pour de nombreuses raisons encore méconnues, on observe une baisse de l'activité de la sérotonine chez les personnes anorexiques¹². Un groupe de chercheurs allemands a réussi à mettre à jour certaines corrélations entre stress et troubles du comportement alimentaire. Leurs conclusions quant à l'anorexie mentale est que dans cette pathologie, le cerveau connaît une sorte de stress à long terme : il fonctionne sans cesse au maximum de ses performances et réclame toute l'énergie pour lui seul. En conséquence sur le système sanguin, les vaisseaux se ferment, et le corps fonctionne à vide. La thérapie est alors une sorte de reprogrammation du cerveau, pour lui apprendre à gérer ses crises internes¹³.

Selon une étude menée par l'Inserm, les troubles mentaux seraient aussi liés à la dépression, ou encore aux troubles de l'identité (22% des anorexiques de type restrictif présenteraient cette comorbidité). Une autre étude de l'Inserm, menée en 2013, établit un lien systématique entre anorexie et hyperactivité, lié à une anomalie moléculaire commune. La même équipe avait montré l'existence de points communs moléculaires entre l'anorexie et l'addiction (contrôlés par le récepteur 5-HT4). Des recherches mettent en relation anorexie mentale et autres troubles mentaux. L'analyse de Zucker tend à démontrer des corrélations entre anorexie mentale et autisme. Son étude en Suède sur une large population adolescente montre que 23% des adolescents atteints de troubles alimentaires de longue durée présentent également un spectre autistique¹⁴ (Zucker, 2007). D'autres psychiatres,

¹² « Anorexie mentale », www.passeport-sante.net, consulté en ligne le 20 mars 2014.

¹³ « Les troubles alimentaires », émission *Xenius*, diffusée sur *Arte* le 01 mars 2013.

¹⁴ Autre terme synonyme d'Autisme, comme Trouble autistique, TED (Trouble Envahissant du Développement), TSA (Trouble du Spectre Autistique) et ADS (Autism Spectre Disorders).

dans une étude sur l'anorexie mentale masculine, établissent un lien récurrent entre anorexie et psychoses, et entre anorexie et alcoolisme (Chambry et Agman, 2006).

c) L'anorexie mentale comme pathologie psychiatrique. Définitions et traitements

Les définitions médicales actuelles, empruntant à la fois des travaux relatifs à la psyché et au corps dans les tentatives successives d'explication des facteurs et causes de l'anorexie mentale, sont aujourd'hui celles qui régissent diagnostic et traitement dans la clinique, mais qui sont également celles largement retenus par le public de non-spécialistes. Il suffit à toute personne cherchant des informations sur l'anorexie mentale de rentrer dans n'importe quel moteur de recherche internet « anorexie mentale définition » pour avoir accès à des définitions cliniques spécifiques et pointues. À ce propos, internet est un outil de vulgarisation du savoir médical tout à fait particulier, mélangeant savoir professionnel et savoir profane pour rendre accessible au grand public des données qui, sans cet outil, resteraient la propriété d'une certaine élite formée à l'appréhension et à la compréhension de ces discours et qui aurait elle seule accès à ce savoir. La vulgarisation du savoir médical produite par internet donne également lieu à des réappropriations par les individus non-spécialistes des catégories médicales, ce qui peut avoir pour effet pervers de mauvais autodiagnoses, ou des auto-traitements inappropriés. Dans le cas de l'anorexie, internet a largement contribué à la vulgarisation de cette pathologie et de ses symptômes ; nous nous intéresserons à la représentativité de l'anorexie mentale sur le net dans la quatrième partie.

Les critères nosographiques de l'anorexie mentale dans le DSM IV sont :

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (par exp. perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

- Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est à dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs. (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exp. Œstrogènes).

Dans la dernière version du manuel, la cinquième, parue en mai 2013, les critères ont quelque peu changé, puisque le dernier critère portant sur l'aménorrhée a disparu des critères diagnostics :

- Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health.
- Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
- Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Dans la CIM, la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, également utilisée par le corps médical en tant que classification de référence, les critères sont :

- Perte de poids ou chez les enfants incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au moins 15 % du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.
- Perte de poids provoquée par le sujet qui évite les aliments qui font grossir.
- Perception de soi comme étant trop grosse avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser.
- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la fille et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez le garçon.

D'une part, contrairement aux critères du DSM, l'aménorrhée est présentée comme symptôme provenant d'un trouble endocrinien, ce qui donne une dimension supplémentaire à celle-ci. D'autre part, ce dernier critère interroge. La mise en équivalence de l'aménorrhée chez les anorexiques de sexe féminin avec la « perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile » chez les anorexiques de sexe masculin peut sembler problématique. L'anorexie mentale, du fait de la dénutrition qui lui est conséquente, modifie la production de certaines hormones, notamment les

hormones gonadotropes, responsables de la sécrétion des hormones sexuelles. Les gonadotrophines stimulent chez l'homme la production des androgènes et des spermatozoïdes ; chez la femme, elles sont indispensables aux fonctions reproductrices de l'appareil génital (fécondation et implantation de la grossesse). Il est donc logique que cette perturbation hormonale ait pour conséquence l'aménorrhée de la femme et la perte de puissance érectile de l'homme. Le problème porte sur l'aspect de « perte d'intérêt sexuel ». Le terme d'« intérêt », qu'on l'entende selon les différents sens qu'il peut comprendre, en tant que « ce qui importe, ce qui convient, est avantageux », ou d'un « sentiment de curiosité à l'égard de quelque chose »¹⁵, ne semble pas être réellement adéquat. La notion d'intérêt semble renvoyer à un sens plus large que celui d'une conséquence purement organique d'un dérèglement hormonal, avec une dimension psychologique implicite à ce critère. De surcroît, aucune étude de ma connaissance ne fait état des conséquences de l'anorexie mentale sur « l'intérêt sexuel » féminin. Pourtant, les hormones jouent aussi un rôle dans la stimulation sexuelle féminine, puisque l'intérêt sexuel paraît être conçu en ce sens dans ce critère. L'envisager sous cet angle revient à s'interroger sur l'idée sous-tendue que l'intérêt sexuel féminin est moins affecté par les sécrétions hormonales que celui des hommes. Sans aller jusqu'à se demander si ce critère ne serait pas régi par le stéréotype selon lequel les femmes sont, dans leurs relations, plus portées sur l'affect et plus enclines aux émotions, plus cérébrales, alors que les hommes sont moins sentimentaux, régis par leurs pulsions physiques, plus biologiques, ce dernier critère mérite néanmoins qu'on s'y attarde plus longuement, en y portant l'attention critique qu'il mérite, ne serait-ce que du fait de l'étude nécessaire du langage que l'anthropologie se doit d'effectuer dans la déconstruction des discours qu'elle s'attache à effectuer, notamment vis-à-vis des discours médicaux.

La dénutrition consécutive à l'anorexie mentale entraîne des complications organiques lourdes. Les conséquences somatiques sont nombreuses : cachexie, ostéoporose, anomalies hormonales, notamment une insuffisance gonadotrope (Estour, 2012). La dénutrition est considérée comme réellement sévère lorsque l'IMC est inférieur à 12. L'hospitalisation en réanimation ne s'impose que lorsque survient un état de détresse vitale, cardiaque, respiratoire ou neurologique. Dans la

¹⁵ Dictionnaire *Larousse*, 2014..

quasi-totalité des cas, la survenue de désordres somatiques (cardio-vasculaires, digestifs, hydre-électrolytiques, métaboliques ou respiratoires) justifient la prise en charge en unité de surveillance continue, tant pour assurer le contrôle des anomalies somatiques que pour permettre une réalimentation efficace. Celle-ci est effectuée par sonde gastrique, de façon progressive, afin d'éviter la survenue d'une insuffisance cardiaque et en surveillant tout particulièrement la phosphorémie dont l'effondrement peut être responsable de troubles neurologiques, respiratoires et cardiaques. L'apport énergétique par sonde est maintenu tant que l'objectif d'IMC fixé dès l'entrée par l'équipe soignante n'a pas été atteint. L'efficacité de la renutrition est mesurée par la pesée quotidienne effectuée dans des conditions standardisées (Herman, 1999). La renutrition est primordiale, puisque la dénutrition est l'un des facteurs de maintien de la conduite, à plusieurs niveaux, notamment endocriniens et neurologiques (Venisse, 2011). Le traitement de l'anorexie mentale se fait généralement en milieu hospitalier. Lors de l'admission dans le service, un contrat d'hospitalisation est rédigé avec le malade. Ce contrat définit les modalités du traitement et les conditions générales de la prise en charge. Des règles sont fixées, sous forme de paliers, mettant en concordance la prise de poids avec des avantages accordés : pas de visites de la famille ou des proches avant la reprise de tant de kilogrammes, pas de lecture avant tant de kilogrammes, pas de sortie avant d'avoir atteint tel poids, etc. La prise des repas s'effectue à heure fixe, trois fois par jour. Les quantités sont établies par un nutritionniste en fonction du patient. Ce qui a été mangé (ou ce qui ne l'a pas été) est calculé à la fin de chaque repas, sous forme de comptage de calories. Cette évaluation de la consommation détermine en grande partie l'évolution du traitement. La pesée est quotidienne, pour obtenir des données chiffrées sur la masse pondérale acquise dans le processus de renutrition. Ces chiffres sont ensuite reportés sur un tableau sous forme de courbe pour évaluer visuellement l'évolution du patient. Avant le moment des pesées, une grande attention est portée au fait que les patientes ne « trichent » pas, par exemple en buvant une grande quantité d'eau avant la pesée pour augmenter le chiffre de la balance, pour obtenir des avantages supplémentaires sans avoir réellement repris du poids (Darmon, 2008). Il semble qu'il y ait toujours, lors du processus de soin, une certaine suspicion d'une tricherie féminine, chose que l'on ne retrouve pas dans les textes traitant de l'anorexie mentale masculine. Pour ce qui est des bénéfices dont il est question, il faut expliquer de quoi il s'agit : les anorexiques, dans leur pathologie,

se surinvestissent dans tout. Travail scolaire, activité sportive, autant que dans le régime. Lors de l'admission en hôpital ou en clinique, les patientes ont interdiction de lire, écrire, pratiquer un sport, etc. L'objectif est que les jeunes filles *lâchent prise*, qu'elles rompent radicalement avec leur environnement quotidien, qu'elles apprennent à s'ennuyer, elles qui sont hyperactives lors de la maladie. Ce *lâcher prise* est nécessaire à l'arrêt du maintien des comportements pathologiques (*ibid.*). Les aspects somatiques du traitement sont ainsi couplés à un suivi psychologique. Des entretiens individuels réguliers sont mis en place avec des psychologues et des psychiatres. Des groupes de discussions collectifs, encadrés par des psychologues, sont également proposés aux patients. L'objectif est d'instaurer un dialogue entre les anorexiques autour de leur maladie. Ces groupes de discussions semblent surtout être bénéfiques au début et à la fin du traitement. Les groupes de discussion, du fait que chacun, à tour de rôle, décrive la manière dont la maladie a débuté, de façon subjective, en exposant les sentiments ressentis dans les différentes phases de la pathologie, font prendre conscience aux nouveaux arrivés qu'ils ne sont pas seuls, et que ce qu'ils pensaient jusqu'alors être une volonté et un trait de caractère individuels sont en réalité des conséquences de la pathologie mentale communes à tous les anorexiques. Ces mêmes groupes de parole, pour les patients en phase de rémission, ont l'effet inverse. Entendre les nouveaux arrivants parler de la manière dont ils vivent leur maladie conforte l'idée des plus anciens qu'ils sont en voie de rétablissement, puisqu'ils ne s'identifient plus à ces formes de discours. Le fait de ne plus vouloir participer à ce type de thérapie de groupe est d'ailleurs perçu par les soignants comme un signe positif (alors qu'au départ, ce même fait est perçu comme un signe que l'anorexique n'est pas encore prête à entamer le traitement de façon positive). Ainsi, les groupes de discussion permettent au départ d'introduire une cassure dans le vécu solitaire de la maladie pour instaurer une sorte d'entre-soi qui fait conscientiser l'aspect pathologique de leur comportement aux patients ; à la fin, ces mêmes groupes permettent à ces mêmes patients d'effectuer une mise à distance des discours, et par là même une mise à distance de la pathologie, sur le mode du « ce n'est plus moi » (*ibid.*).

IV. Politique et anorexie

L'anorexie mentale est un trouble particulier. Comme nous venons de le voir, il prend forme dans des lieux et places spécifiques, et met en jeu des représentations du corps et du rapport à l'alimentation propres à certaines formes sociales et culturelles. L'anorexie mentale touche en première instance certaines couches de la population, ce qui en fait une pathologie particulièrement problématique du point de vue des facteurs psychologiques et environnementaux liés au contexte dans lequel elle apparaît. Les politiques se sont saisies de cet aspect de l'étiologie de l'anorexie mentale dans une optique critique : il s'agit d'envisager l'anorexie mentale comme une pathologie contemporaine spécifique aux jeunes filles occidentales et occidentalisées, qui déclenchent cette maladie par volonté de se conformer à l'idéal normatif d'esthétique corporelle féminine. Après avoir abordé les théories féministes sur la question, nous développerons, à partir du concept d'intersectionnalité, une réflexion sur les grandes catégories individuelles et socioculturelles auxquelles appartient le modèle de l'anorexique type. Ces caractéristiques nous amènerons en dernier lieu à nous pencher sur les enjeux de politique publique relatifs à l'anorexie mentale, que nous mettrons en lien avec les normes alimentaires et médicales que nous avons vu précédemment, ainsi qu'avec les caractéristiques de l'anorexique type que nous viendrons de développer.

1. L'anorexie comme objet politique

Hilde Bruch, psychiatre, véritable pionnière dans le domaine d'étude sur l'anorexie mentale, lie l'augmentation de la prévalence de l'anorexie aux messages contradictoires envoyés aux femmes : celles-ci sont tiraillées entre changer radicalement et rester fidèles à leur nature féminine essentielle. Elle lie également l'anorexie au désir des filles de devenir androgynes ou de ressembler davantage à des hommes et ainsi de se libérer d'un statut social inférieur (Bruch, 1979). Dès les années 1970, les féministes ont perçu l'anorexie comme un symbole puissant de contrôle social du corps des femmes : soit comme expression extrême de la souffrance féminine, soit alternativement, comme forme individualisée de la révolte

contre la condition féminine (Löwy, 2006). Nous verrons ici comment les mouvements féministes, dans leur dénonciation des théories et pratiques psychiatriques, ont contribué à repenser la maladie mentale, et, en participant au mouvement de l'antipsychiatrie, à concevoir le malade comme une personne totale.

a) Les critiques féministes de la psychiatrie

Dès la fin des années 1960 aux États-Unis, les mouvements féministes présentent un intérêt pour la prise en compte de la santé et de la santé mentale. Leur attention critique les amène à attaquer la psychiatrie sur trois points : les pratiques thérapeutiques, les théories elles-mêmes, c'est-à-dire la production des savoirs psychiques, et les réglementations professionnelles, notamment le statut des femmes dans la profession psychiatrique. Ces critiques s'inscrivent dans un contexte plus général de remise en question des pratiques de ce domaine, et participent ainsi du mouvement de l'antipsychiatrie alors en cours en Amérique du Nord. Pour ces féministes, les femmes sont surreprésentées dans la pathologie mentale, ce qui serait causé par des stéréotypes et préjugés concernant celles-ci, qui induiraient nécessairement un biais observatoire et analytique. De plus, les psychiatres, qui sont alors pour la quasi-majorité des hommes, sont accusés de reproduire les rapports hiérarchiques de sexes entre hommes et femmes dans les soins. Parallèlement, les psychanalystes féministes font preuve d'une volonté de réformer en interne la thérapeutique en matière de santé mentale. Ainsi, la thérapie féministe propose une approche plus psychologique, avec la particularité du rapport à la théorie dans la pratique. Dans les années 1970 se développe une réflexion autour des critères définissant la santé mentale sexuée. Cette problématique est abordée selon une approche constructiviste : il s'agit de déconstruire le sexe et la classe dans le domaine de la pathologie psychiatrique. Les féministes combattent aux côtés des vétérans pour l'introduction du Trouble de stress post-traumatique (PTSD) dans le DSM III¹⁶. Elles participent de l'usage socio-politique de ce diagnostic : ce syndrome post-traumatique peut aussi être appliqué chez des femmes qui ont subi des violences, au même titre que des vétérans de guerre. Ainsi, des

¹⁶ PACHE Stéphanie, « Une brève histoire du mouvement féministe américain pour transformer les théories et les pratiques en santé mentale », intervention au colloque *Le genre : quel défi pour la psychiatrie ? Biologie et société dans les classifications et la clinique*, Faculté de Médecine Paris Descartes, décembre 2013. Actes non-publiés.

femmes qui ont vécu des violences, quelles qu'elles soient, mais plus particulièrement conjugales ou sexuelles, ne seront désormais plus diagnostiquées comme « folles », notamment hystériques, mais en tant que personnes ayant subi un traumatisme, dont elles portent des séquelles mentales. Le changement est important : d'une part, cette différence de diagnostic fait sortir ces femmes d'un certain champ de la maladie mentale, plutôt morbide et persistant, pour les faire entrer dans celui d'un champ plus transitoire, dé-biologisant en quelque sorte le trouble pour lui attribuer une étiologie sociale et conjoncturelle ; d'autre part, l'entrée dans le DSM de ce diagnostic pour les femmes participe d'une prise en charge plus globale des violences qui peuvent leur être faites, et ainsi d'une meilleure reconnaissance de la souffrance morale liée au contexte socio-économique.

À la révision du DSM III, entre 1985 et 1986, deux pathologies sont incluses dans la nouvelle classification, auxquelles les féministes se sont farouchement opposées : le trouble de la personnalité autodestructrice, et le trouble dysphorique prémenstruel. Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) est une forme sévère du syndrome prémenstruel qui provoque une forte émotivité et sensibilité ainsi que des troubles de l'humeur en début de menstruation chez les femmes qui en sont atteintes. La seule lecture de la liste des symptômes explique par elle-même que les féministes aient pu s'insurger contre ce diagnostic : « forte sensibilité au rejet et aux critiques », « sentiment de ne pas se contrôler », ou encore « fort besoin de se confier à autrui » ; on peut voir là une volonté de la part du corps psychiatrique du DSM de pathologiser la potentielle émotivité féminine en la rattachant à des facteurs biologiques, soit un changement hormonal qui causerait des troubles mentaux chez certaines femmes fragiles. En réaction, en 1991, Paula Caplan propose un nouveau diagnostic soumis au comité du DSM : le trouble de la personnalité délirant. Ce trouble toucherait uniquement les hommes, et les symptômes principaux en seraient l'agressivité, la colère, ou encore la confiance en soi excessive ; il s'agit ainsi de rendre pathologique des comportements masculins qui déplaisent aux femmes (comme c'est réciproquement le cas pour certains troubles féminins). Caplan propose ce diagnostic sur le mode de la provocation : elle veut amener les auteurs du DSM à repenser ce qui est normal ou non. Elle souligne ainsi qu'il y a des problèmes sur les enjeux de socialisation des hommes et sur leurs effets sur la santé mentale. Bien que ce nouveau diagnostic ait été rejeté d'un bloc par le comité du

DSM, Caplan a, par son action, contribué au réveil des consciences du milieu psychiatrique sur les questions de genre dans la maladie mentale. Le mouvement féministe, en inscrivant ses revendications dans le mouvement de l'antipsychiatrie, fait preuve d'une double ambition. Il s'agit à la fois d'une volonté de dépathologiser les femmes, et d'une volonté politique plus totale de faire reconnaître l'impact des rapports sociaux de sexe sur la santé mentale. Une critique pourrait toutefois leur être adressée : celle de déplacer une problématique individuelle psychologique à une problématique collective de rapports de genre¹⁷.

Plus largement, les mouvements féministes ont été critiques envers la prise en compte de la santé globale des femmes. Ces dernières ont des besoins et des problématiques spécifiques, qui restent encore parfois incomprises et non traitées ; l'une des raisons avancées est que cette non prise en compte vient du fait que les programmes de prévention et les problèmes déterminés comme prioritaires sont pensés par des hommes, et que les femmes n'ont pas la parole, même pour s'exprimer à propos des enjeux de santé qui les concernent en premier chef (Inhorn, 2006). Les féministes ont également critiqué le double danger de surmédicalisation et de sous-médicalisation des femmes (Löwy, 2006). Les critiques envers la mauvaise prise en considération des femmes en matière de santé sont toujours d'actualité : aujourd'hui, des voix s'élèvent pour protester contre le fait que les femmes soient quasi-totalement exclues de certaines cohortes de recherche ; même dans les tests en laboratoire, les chercheurs n'expérimentent les traitements que sur des souris mâles¹⁸.

b) L'anthropologie critique féministe de la santé

Les critiques des féministes vis-à-vis de la non-prise en compte des spécificités liées au sexe portent ainsi aussi bien sur les théories que sur les pratiques. Il y aurait beaucoup à dire à partir des travaux se rattachant à ce mouvement ; nous nous attacherons ici seulement à développer deux pistes en lien avec la problématique de l'anorexie mentale, qui sont la question des hormones sexuées et celle de la reproduction des rapports hiérarchiques de genre dans la clinique.

¹⁷ PACHE Stéphanie, *op. cit.*

¹⁸ « Les Médocs, c'est que pour les mecs ? », *Causette* n°30 – décembre 2012, pp. 32-33.

Ilana Löwy propose une thèse originale et loin d'être dénuée d'intérêt : sa critique porte sur le principe même d'attribuer aux hormones sexuelles un rôle central dans la vie des femmes et sur l'absence de rôle équivalent en ce qui concerne les hormones sexuelles masculines. Personne ne songerait aujourd'hui à remettre en question le fait qu'il existe des hormones mâles et femelles, qui jouent un rôle clef dans le développement des différences biologiques entre hommes et femmes. Pourtant, la sexualisation des hormones n'a pas toujours été : dans les années 1920 et 1930, les scientifiques remarquent que certaines molécules peuvent à la fois masculiniser et féminiser, indépendamment du sexe de la personne. « Les hormones sexuelles peuvent de fait être considérées selon deux perspectives opposées : soit comme facteur de différenciation soit à l'inverse comme androgyne. Mais cette dernière option va à l'encontre de l'attachement puissant des chercheurs à la division binaire de l'humanité en deux groupes exclusifs. [...] On assiste donc non pas à l'émergence d'un groupe de substances neutres, mais plutôt à la sexualisation des molécules et, en même temps, à la renaturalisation des corps » (Löwy, 2006 : 138). Ainsi, la production à grande échelle d'hormones sexuelles féminines et leur transformation en médicament d'usage courant a eu des effets sociaux multiples et contradictoires. D'une part, la contraception hormonale aide les femmes à maîtriser leur sexualité, et dissocie sexualité et reproduction ; elles permettent de traiter la stérilité et de pratiquer des techniques de reproduction médicalement assistée ; elles contribuent à une meilleure prise en charge de la ménopause. Mais d'autre part, la généralisation de la pilule contraceptive met en avant le rôle de la maternité dans la vie d'une femme ; aussi, les nouvelles technologies de procréation médicalement assistée creusent l'écart entre les femmes, dont la fertilité est limitée, et les hommes, qui peuvent procréer quasi indéfiniment ; enfin, le traitement hormonal de la ménopause a participé à construire le rapprochement entre corps, vieillesse et pathologie, où le corps féminin vieux est conçu comme un corps en déchéance (*ibid.*). En assimilant hormones sexuelles et corps sexué, la biomédecine a ainsi contribué à renforcer la distinction hiérarchique de genre, en la biologisant au niveau moléculaire, ce qui sous-tend alors un imaginaire populaire d'une différenciation entre hommes et femmes inscrite dans les corps jusque dans l'invisible de ceux-ci ; si elle ne peut pas être directement constatée, alors elle ne peut pas non plus être directement contestée. Ainsi, cette renaturalisation liée aux hormones sexuelles touche en premier lieu les femmes : on identifie fortement les

femmes à leurs hormones et on attribue à ces substances une importance qui va bien au-delà de leurs fonctions physiologiques. « Les hormones sexuelles féminines peuvent être définie comme un phénomène biosocial : ces substances chimiques sont dotées d'une activité physiologique dont l'encadrement inclut aussi notre compréhension du sexe et du genre, de la sexualité et de la reproduction » (*ibid.* : 143). Si l'on veut rapporter cette thèse à la question de l'anorexie mentale, celle-ci peut nous aider à mieux comprendre la question des hormones sexuelles dans cette pathologie, notamment par rapport au critère de la CIM 10 qui met en équivalence l'aménorrhée chez la fille anorexique et la perte de puissance érectile et d'intérêt sexuel chez le garçon. La bipartition entre les hormones sexuelles entraîne un ensemble de représentations qui leurs sont liées, et qui de fait façonne la manière dont l'on conçoit certains aspects du corps sexué des individus. Ainsi, la dénutrition est envisagée comme engendrant chez la jeune fille et la femme anorexiques un arrêt des règles, et de fait une impossibilité de procréer : ce qui est mis en avant dans les conséquences du trouble du comportement alimentaire au niveau des hormones sexuelles féminines est donc l'aspect reproductif. En revanche, ce qui est mis en avant dans le cas des conséquences de la dénutrition chez le garçon et l'homme sur les hormones sexuelles dépasse largement le simple cadre de la procréation : l'anorexique de sexe masculin n'est pas réduit à sa capacité reproductrice à travers ses hormones, puisque sa sexualité est envisagée comme ne se réduisant pas à cet aspect utilitaire et relativement fonctionnel.

Helen Gremillion ancre son étude dans la critique féministe des thérapeutiques psychiatriques. À partir d'une enquête ethnographique de terrain dans un centre spécialisé dans le traitement de l'anorexie mentale aux États-Unis, elle met en lumière la reproduction des rapports hiérarchiques de genre au sein de la clinique. Elle part du constat que, dans le processus de soin, la famille est mise à distance par l'équipe médicale, en ce qu'elle constitue un environnement néfaste pour la jeune fille anorexique, et qu'elle est par essence pathogène. La mère est mise à l'écart, plus encore que le père, puisqu'elle est pensée comme personne de référence dans la famille, et ainsi élément principal de l'étiologie de trouble dans la cellule familiale. Ce faisant, l'équipe de soin transpose d'emblée une vision de la famille qui est issue des représentations des années 1950. « In the psychiatric literature of the 1950s and 1960s, « mother », was often taken as a synonym for « family » or « family environment », and I suggest that ideas about

schizophrenogenic mothers were bound up with contradictory representations of the « ideal » family from that were widespread at the time. The twin ideas that mothers essentially define « the family » and are capable of pathological overparenting were linked up with a new social vigilance to naturalize women as mothers » (Gremillion, 2003 : 81). Là encore, les représentations de genre entrent en compte, puisque la mère est d'emblée stéréotypée de par son sexe féminin. Les médecins, pour casser cette relation particulière avec la mère, cherchent ainsi à transformer les relations familiales en place en celles d'une famille idéale, où le rôle de la mère est minimisé et relayé au second plan. Dans une large partie de la littérature psychiatrique concernant le traitement de l'anorexie mentale, on retrouve l'idée selon laquelle la mère est davantage portée sur le sentiment et l'affect, là où le père est plus froid et rationnel, s'étant renseigné sur les aspects médicaux de la pathologie, et étant ainsi beaucoup plus distancié des aspects concrets et quotidiens de la maladie, est plus apte à participer au processus de soin pour son enfant. Ces préjugés de genre sont ainsi d'une part reproduits dans l'accueil et l'accompagnement de la famille des patients. Mais d'autre part, ils sont, malgré le fait que l'équipe soignante cherche à se distancier de ces rôles genrés, reproduits dans le traitement par le personnel médical lui-même. Suivant la distinction révélée par la sociologie du *care*, les hommes sont plus enclins à la rationalité là où les femmes sont plus disposées à l'écoute et au soin. Dans la pratique thérapeutique, cela donne que les médecins occupent le rôle masculin quand les infirmières et les psychologues occupent le rôle féminin. Les médecins semblent avoir, dans les faits, un rapport plus distant avec les patientes. Ils s'investissent moins dans la relation avec celles-ci, sont même quelque part en charge du côté « négatif » de cette relation entre anorexique et personnel médical : ils sont chargés de remettre en ordre ce qui ne va pas, sans faire de concessions avec la patiente. Les infirmières et les psychologues semblent représenter l'autre pan de la relation : elles sont plutôt dans l'accompagnement, dans l'écoute ; elles font preuve de plus de tolérance à l'égard des comportements récalcitrants des jeunes filles. Lorsque les médecins se montrent durs envers les patientes, les infirmières les réconfortent, voire s'interposent entre la patiente et le médecin en faveur de l'anorexique. Ainsi, dans le processus de soin, l'équipe de soin constitue une sorte de famille de substitution, qui reproduit les rapports genrés qui existent au sein de la famille des patientes. La mère est paradoxalement mis à l'écart alors qu'elle est conçue comme la première

responsable de la maladie ; le père est quasi-totalement absent du processus de soin et représente en même temps l'être rationnel de référence. L'ordre familial sensé être démonté par l'environnement médical est de fait reproduit, ce qui maintient la jeune fille dans une sorte de même environnement hiérarchisé avec une répartition des rôles semblables, ce qui nuit au bon déroulement du traitement, et maintient la jeune fille dans un environnement pathogène du fait de la bipartition des comportements entre les sexes (*ibid.*).

2. L'intersectionnalité dans l'anorexie mentale

On doit aux mouvements féministes américains, et plus particulièrement à Kimberlé Crenshaw, le concept d'intersectionnalité, qui permet de penser différents facteurs que sont la classe sociale, l'âge, le genre, la race comme déterminants qui entrent en jeu, au niveau individuel, dans les faits sociaux (Crenshaw, 1991). Comprendre en quoi ces facteurs se croisent et s'imbriquent met en lumière des aspects qui resteraient sans cela impensés. Dans le cas de l'anorexie, la maladie est généralement conçue comme une maladie d'adolescentes blanches de classes moyennes ou supérieures (dès les premiers cas au XVIII^e siècle, puisque cette pathologie avait alors été observée et diagnostiquée chez des jeunes filles bourgeoises en Europe de l'ouest). Nous allons ici développer chacune de ces caractéristiques que sont l'âge, le genre, la classe sociale, et dans une moindre mesure la question de l'appartenance ethnique et culturelle, pour essayer de mieux saisir les spécificités de ce trouble.

a) Un trouble de l'adolescence

L'anorexie mentale, et plus largement tous les troubles du comportement alimentaire quels qu'ils soient, semblent toucher spécifiquement les individus jeunes. Dans les cas où ces troubles persistent à l'âge adulte, ils semblent néanmoins s'être déclenchés dans cette période de leur vie. L'anorexie mentale est, en tout cas dans sa forme transitoire, une pathologie quasi-exclusivement adolescente. Nous pouvons utiliser ici le terme d'adolescence sans hésitation, puisque comme nous l'avons vu précédemment, l'anorexie mentale n'est présente dans les sociétés que dans les couches de la population occidentalisées ; ainsi, dans une certaine mesure,

le concept d'adolescence est partagé par toutes ces sociétés en tant que moment « où se réalise la symbolisation du fait d'exister et l'entrée active dans une société où il est possible de sentir en soi le goût de vivre » (Le Breton, 2000 : 95). S'il paraît nécessaire de poser d'emblée cette spécificité, c'est parce que l'adolescence, pensée en termes de période spécifique de la vie, passage obligé entre l'enfance et l'âge adulte, induit dans les sociétés qui reconnaissent cette notion tout un ensemble de représentations liées à cet âge spécifique.

Il y a ainsi peut-être une explication à chercher dans le lien entre jeunesse et société à propos de l'anorexie mentale. En effet, si l'on se réfère aux travaux de Margaret Mead sur la question des générations (Mead, 1971), il semble que l'on puisse mieux comprendre certains points dont il a été question précédemment dans le texte. Selon elle, on peut distinguer trois types de sociétés en fonction de la façon dont la culture est transmise aux jeunes : cultures *postfiguratives* (où les enfants apprennent des parents), *cofiguratives* (où l'éducation est définie entre pairs d'une même génération) et *préfiguratives* (où les adultes apprennent aussi des enfants). Dans les cultures postfiguratives, c'est-à-dire les cultures du passé, qui ont presque toutes disparu avec la mondialisation, une culture immuable et éternelle est imposée aux enfants. Il faut au moins que 3 générations coexistent. L'autorité des anciens est attestée notamment par leur robustesse et leur capacité à trouver de la nourriture en cas de famine. Dans les cultures cofiguratives, soit les cultures du présent, c'est-à-dire l'immense majorité des cultures actuelles de notre monde mondialisé, le modèle culturel qui prévaut est celui des contemporains (donc pas celui des anciens). Cela est dû principalement aux phénomènes migratoires, et à la perte du lien entre les générations. Le jeune s'écarte de la position de ses parents, renonce à la postfiguration de ses parents et grands-parents et recherche de nouveaux modèles. Selon Mead, la cofiguration est une stratégie des sociétés qui ont migré : l'adaptation du groupe de migrants à la nouvelle culture ne peut se faire que par les enfants. Mais la cofiguration est aussi le propre des sociétés occidentales modernes : la relation grands-parents enfants est abandonnée au profit de la mise en place d'une culture des teenagers. Dans ces sociétés modernes, les mutations sociales sont profondes, l'individu se sent menacé. Le fossé des générations y est pleinement accepté. Enfin, la culture préfigurative est celle d'un futur imaginé par Mead, où les barrières entre aînés et cadets seraient abolies ; néanmoins, c'est un futur encore hypothétique à l'heure actuelle. « On peut affirmer qu'aujourd'hui comme dans le

passé, ce sont les aînés qui détiennent le pouvoir. Et c'est en partie pour cela qu'ils ne comprennent pas que les conditions qui permettraient d'entamer un nouveau dialogue avec les jeunes n'existent pas encore » (*ibid.* : 128). Si nous nous en tenons aux deux premières formes, postfigurative et cofigurative, celles-ci donnent un angle explicatif à la perte des repères de la jeunesse contemporaine. La moindre influence des aînés entraîne une reconfiguration des règles à chaque génération. La thèse de la *gastro-anomie* de Fischler va dans le sens de cette explication du passage entre ces deux formes culturelles, entraînant ainsi des mutations profondes dans le champ de la nutrition. Ainsi, la perte des repères spatio-temporels liés à l'alimentation, qui va de pair avec le développement d'un nouveau type de cuisine rapide, engendre des changements importants dans les manières de manger (Fischler, 2001). Ainsi, si dans les cultures postfiguratives, « les gens âgés étaient nécessaires [...] pour guider le groupe en temps de famine vers des refuges connus d'eux-seuls » (Mead, 1971 : 29), dans les cultures cofiguratives qui sont les nôtres, les nouveaux moyens de consommation permettent de se nourrir n'importe où et à n'importe quelle heure, seul ou accompagné ; les adolescents ont bien compris ces nouveaux codes, qu'ils maîtrisent parfaitement. Pour prendre plus particulièrement l'exemple de la crise d'adolescence, qui serait alors propre à la culture cofigurative, celle-ci serait due à la multiplication des choix dans la société occidentale qui entraîne une perte de repère et une « crise », puisque l'adolescent doit trouver par lui-même son chemin, contrairement aux sociétés de culture postfigurative dans lesquelles le chemin est pré-destiné par l'appartenance à un groupe ou tout au moins de par sa naissance. Si l'on met cette idée en parallèle avec la question de l'anorexie mentale, l'adolescence, parce c'est une période de « crise » concomitante à la construction identitaire, est conçue comme une période sensible de la vie, et donc une période propice au déclenchement de pathologies mentales (notamment à cause de l'usage de drogues, comme le montrent les discours de prévention sur le risque de comorbidité entre consommation de cannabis à l'adolescence et apparition de troubles schizophréniques). Dans cette période sensible où le jeune se cherche et cherche des repères, sans qu'il y ait pour autant de référent stable, l'identification aux canons de beauté féminins que sont les mannequins aux corps filiformes (qui plus est accentués par les modifications Photoshop ou autres logiciels de retouche informatique d'images) et aux mensurations idéales et irréelles serait, en cas d'une fragilité psychologique déjà présente, un facteur de déclenchement d'anorexie

mentale chez certaines jeunes filles. Cette idée d'identification marche moins pour les hommes, mais fonctionne aussi d'une certaine manière, puisque l'anorexie chez le garçon serait souvent corrélée à l'alcoolisme, ou à des troubles psychotiques, qui pourraient alors être mis en lien avec une consommation excessive de drogues : dans ce cas, on pourrait aussi envisager que ce soit le manque de repères parentaux qui entraînerait un mimétisme de genre générationnel, dans lequel les garçons seraient plus enclins à consommer des produits désinhibiteurs et perturbateurs. L'adolescence est généralement envisagée comme une période d' « entrée dans la vie » et de prises de risques. Non pas que toutes les conduites à risque soient le fait de tous les adolescents occidentaux : pour la majorité d'entre eux, l' « entrée dans la vie » s'effectue sans le recours nécessaire à des formes extrêmes de symbolisation (Le Breton, 2000). Néanmoins, des pics statistiques significatifs confirment que l'adolescence est une période propice à ce type de conduites à risque, que ce soit par rapport aux accidents, aux fugues, aux tentatives de suicide, ou encore à la toxicomanie et à l'anorexie. « Dans l'anorexie d'une adolescente, il y a à la fois le vertige, l'empoignement à soi, la blancheur et peut-être même une forme métaphorique de la survie » (*ibid.* : 22). Le vertige, dans le même sens dont l'emploi Caillois à propos des jeux d'*ilinx* (Caillois, 1967), est la recherche d'une perte de repère maîtrisée, dans lequel l'acteur s'abandonne à la « griserie des sens ». Bien que cette recherche de vertige s'applique plus encore à la toxicomanie qu'à l'anorexie, Bruch relevait déjà que « la faim a un effet semblable à celui d'une drogue » (Bruch, 1979 : 31).

Néanmoins, si l'anorexie mentale est généralement pensée comme un trouble adolescent, il semble également qu'elle puisse apparaître dès l'enfance dans certains cas. Les symptômes et les comportements semblent être dans une certaine mesure les mêmes que ceux des adolescents, *a fortiori* des adolescentes. « Un enfant qui se prive, un enfant qui compte les calories, un enfant qui mesure le tour de ses cuisses et le relief de son ventre, un enfant qui se fait vomir... Est-ce possible ? Malheureusement, oui » (Le Heuzey, 2003 : 12). Ce phénomène peut s'expliquer par un double mouvement : d'une part, les mises en garde contre l'obésité infantile sont quasi-permanentes, relayées par les médias auxquels les enfants ont librement accès ; d'autre part, ce sont ces mêmes médias qui expliquent aux femmes la valeur calorique des aliments (*ibid.*). Cette extension des préoccupations corporelles aux moins de dix ans serait donc principalement causée par les messages de santé –

nous y reviendrons. En même temps, l'omniprésence d'images du corps idéal, notamment féminin, dans la publicité par exemple, pourrait aussi expliquer que les enfants soient sujets aux troubles du comportement alimentaire. L'anorexie mentale « de la petite fille » serait ainsi conjointe à son hyper-sexualisation tant décriée depuis quelques années¹⁹. Peut-être faut-il y voir le signe d'un mouvement des frontières entre les âges dans la manière dont on les concevait jusqu'à présent.

b) Un trouble féminin

L'anorexie est une pathologie féminine. C'est en tout cas ce qu'en laissent penser les représentations communes de cette maladie, ainsi que sa visibilité médiatique. Que ce soit dans les reportages télévisés ou dans les articles de presse, seules les femmes, et plus encore les jeunes femmes, semblent touchées par ce trouble alimentaire. Outre ce discours populaire médiatique représentatif d'une peur sociale d'une sorte d'épidémie des troubles alimentaires de type anorexique chez les adolescentes causées par l'identification aux canons de beauté actuels, encouragée par la prolifération des images dont la diffusion est de moins en moins contrôlable – d'autant plus à l'ère du numérique – les discours scientifiques relaient aussi cette conception de l'anorexie comme pathologie typiquement féminine. Certains auteurs en sciences sociales, et notamment en psychologie, ne se donnent même plus la peine d'expliquer pourquoi ils parlent des anorexiques au féminin dans leurs travaux, considérant d'emblée la « jeune fille anorexique » comme modèle à partir duquel mener leurs études sur la question. Selon l'INSERM, la prévalence de l'anorexie mentale aux États-Unis est de 0,5%, avec une prévalence de 0,48% des 15-19 ans ; dans neuf cas sur dix, les anorexiques sont des jeunes filles. L'explication première de ce phénomène de sur-représentativité d'un seul des deux sexes est que les femmes, plus que les hommes, sont soumises à l'idéal normatif de la minceur. Des causes biologiques sont également avancées par certains auteurs, qui, s'appuyant sur le fait que ce comportement de restriction alimentaire drastique ne peut pas être seulement causé par des facteurs environnementaux, cherchent à expliquer la pathologie par des causes organiques.

¹⁹ Voir le rapport de Chantal Jouanno, « Contre l'hypersexualisation, un nouveau combat pour l'égalité » : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/famille-et-enfance,1988/protection-des-enfants-et-des,2054/rapport-sur-l-hypersexualisation,14557.html>

Un autre aspect de la distinction des sexes dans l'anorexie mentale est qu'il semblerait qu'il y ait, d'une certaine manière, deux formes d'anorexie, l'une féminine et l'autre masculine. L'anorexie masculine serait souvent liée à une consommation de drogue ou à de l'alcoolisme, et plus généralement à des tendances à l'addiction : « Striegle-Moore et Woodside montrent cependant une association entre l'anorexie mentale et la consommation de toxiques²⁰ (et en particulier d'alcool), ce qui n'est pas habituellement décrit chez les femmes anorexiques. » (Chambry & Agman, 2006 : 488) ; « les garçons seraient portés vers la prise de toxiques ou les comportements violents, et enclins à la délinquance » (Orgiazzi, 2002 : 144). Les hommes anorexiques auraient plus souvent des antécédents familiaux : « S'il ne semble pas y avoir de différence au niveau de la place dans la fratrie ou des événements de la vie, les antécédents familiaux du garçon anorexique sont plus fréquents (troubles thymiques, alcoolisme paternel, dépression maternelle, ainsi que l'obésité familiale. » (Chambry & Agman, 2006 : 487). L'anorexie masculine serait aussi liée à la dépression : « l'association dépression/anorexie prépubère est soulignée dans la littérature, « tantôt mise en avant », l'anorexie étant un « équivalent dépressif », « tantôt minimisée », la dépression étant un effet toujours présent mais secondaire à l'anorexie. » (Orgiazzi, 2006 : 143). L'anorexie masculine est souvent liée à une psychose ou d'autres troubles mentaux : « Striegel-Moore et *al.* confirment l'importance de la comorbidité psychiatrique de l'anorexie mentale masculine (92% des cas) en particulier avec les troubles thymiques, la consommation de toxiques mais aussi la schizophrénie » (Chambry & Agman, 2006 : 484) ; « Les comportements anorexiques chez le jeune homme, beaucoup plus rares (environ 1 cas sur 10) et souvent très sévères, s'inscrivent fréquemment dans une évolution psychotique » (Lopez, 2006 : 429).

Comme nous l'avons vu précédemment à propos des critères diagnostics de la CIM, la manière dont la sous-nutrition affecte les capacités reproductives est envisagée différemment pour les hommes et pour les femmes, avec la mention « perte d'intérêt sexuel » pour les garçons anorexiques. Plus encore que de trouble de la sexualité, il est question dans les travaux traitant de l'anorexie masculine de l'orientation sexuelle : l'homosexualité des garçons anorexiques est souvent

²⁰ Le terme de « toxiques » désigne dans le vocabulaire psychiatrique l'ensemble des drogues et autres substances qui a une action sur l'individu en modifiant sa perception ou en altérant sa conscience.

discutée, voire parfois carrément explicitée. Orgiazzi et Chappaz consacrent ainsi une grande partie de leur étude à expliquer en quoi des tendances homosexuelles ou des désirs renvoyant à l'analité sont sous-tendus par les interprétations de certaines planches des tests de Rorschach par les jeunes hommes anorexiques de leur échantillon d'observation. « En outre, si tant est que des kinesthésies puissent apparaître, elles révèlent de façon patentes des troubles de l'identité sexuelle, dans des scénarios relationnels à tonalité franchement homosexuelle. [...] Les positions homosexuelles que l'on peut ainsi repérer sont ainsi sous-tendues par un érotisme anal, dont on perçoit aisément les composantes de passivité, de masochisme et de sadisme » (Orgiazzi, 2002). Un point est ici à soulever : plus que des « troubles de l'identité sexuelle », il est avant tout question d'une sexualité déviante, et déviante aussi parce qu'elle met le garçon, à travers ses désirs homosexuels, dans une position de passivité, c'est-à-dire dans une position qui est normalement attribuée aux femmes. L'anorexie serait-elle alors une sorte de maladie de la féminité chez le garçon ? Comme si ces garçons faisaient preuve d'une certaine faiblesse à tomber malade d'une pathologie typiquement féminine, faiblesse s'expliquant par une part importante de féminité chez ces individus, ce qui expliquerait voire induirait de fait une sexualité homosexuelle. De surcroît, les représentations de la masculinité semblent porter l'image selon laquelle l'homme, le « vrai », c'est-à-dire le viril, se prive de nourriture, la privation sera nécessairement volontaire et dans un but extérieur à lui-même, que ce soit dans un jeûne religieux ou dans un acte de militantisme politique, par une grève de la faim, et certainement pas pour un quelconque régime, qui est la privation de nourriture typiquement propre aux femmes. Il y a en tout cas clairement une féminisation du corps masculin par l'anorexie. D'autres exemples vont dans ce sens : de nombreuses descriptions de cas de garçons anorexiques prêtent à ceux-ci des caractéristiques ou des attitudes généralement attribuées à des femmes. « Nous avons été frappés par sa présentation efféminée et ses préoccupations concernant son poids et son apparence... préoccupations qu'on s'attendrait plutôt à trouver à ce degré chez une fille » (Guillemot & Laxenaire, 1997) ; « Il est fréquent que l'intensité des identifications féminines, les effets d'abrasion des différences liés à l'uniformité du comportement, un certain maniérisme traduisant des difficultés identitaires plus profondes et le fait qu'ils soient hospitalisés dans des services spécialisés à forte prédominance féminine accentue cette ressemblance » (Chambry & Agman, 2006). Le corps

féminin est réciproquement masculinisé. En plus de leur poids, c'est leur corps tout entier que les jeunes filles anorexiques veulent aussi contrôler. Ce contrôle passe notamment par un surinvestissement dans les activités sportives, ou dans toute activité pouvant muscler, raffermir le corps. S'opère dans l'anorexie un contrôle à outrance sur tous les fronts, physique comme intellectuel : les jeunes filles sont également dans une recherche d'excellence mentale. Darmon propose d'envisager cette recherche de perfection comme une transformation du soi associée à une volonté d'ascension sociale – nous y reviendrons plus longuement à propos de la question du rapport entre classe sociale et anorexie mentale. Mais en même temps, des caractéristiques masculines sont induites par ces comportements : ces traits de caractère sont, dans les représentations courantes, plutôt des attributs masculins. Plus concrètement, le corps des jeunes filles et des femmes anorexiques, du fait de la maigreur extrême, perd les formes voulues comme étant celles du corps féminin, et devient un corps androgyne.

Ainsi, il semble ressortir de cet aspect de la question du genre dans l'anorexie mentale deux points fondamentaux dans la conception de cette pathologie. D'une part, l'anorexie apparaît comme une maladie de genre : cette pathologie touche en premier lieu des jeunes filles et des femmes. Des facteurs socioculturels sont mis en avant pour expliquer ce phénomène, comprenant à la fois l'image esthétique féminine et la place de la femme dans la société. De plus, il ressort des études que des formes différentes de la maladie existent selon les sexes, bien la dénomination psychiatrique reste la même. D'autre part, il semblerait que l'anorexie soit elle-même une pathologie genrée : la pathologie introduit un trouble dans le genre de la personne anorexique, soit en modifiant son corps, soit à travers les comportements qui lui sont associés et que vont développer les personnes au cours de la maladie. On peut alors voir ce fait différemment selon l'angle analytique à partir duquel on observe la maladie : l'anorexie est une pathologie féminine, qui féminise l'homme et renforce la femme dans son statut de membre du sexe féminin ; en même temps, l'anorexie masculinise la femme autant qu'elle féminise l'homme. Si l'on voulait donner un genre à l'anorexie, elle pourrait ainsi être masculine autant que féminine, selon qu'on la conçoit comme étant fixe ou comme se construisant dans l'opposition au genre du sexe. Cette hypothèse mériterait d'être discutée et jugée sur pièces.

Pour en revenir au parallèle entre l'anorexie mentale et l'hystérie, il est intéressant de voir ce que cela relève de la conception du genre par rapport à l'étymologie du terme d'hystérie lui-même : l'hystérie renvoie à l'utérus (comme dans le terme médical d' « hystérectomie »), et est donc une pathologie « profondément » féminine, puisque inscrite dans le corps *via* les organes génitaux spécifiques de la femme. Ce rattachement sémantique est peut-être à mettre alors en lien avec la théorie « unisexe » de la conception des corps sexués. Les organes génitaux de la femme sont l'inverse des organes génitaux masculins, en tant que sorte de pénis intérieur (Laqueur, 1992) : les pathologies mentales féminines sont alors plutôt conçues comme des pathologies « intérieures » et les pathologies mentales masculines plutôt extérieures, plus violentes (ce qui se retrouve dans les paraphilies, avec une propension plus grande aux paraphilies de frigidité ou d'asexuation pour les femmes et des paraphilies d'exhibition ou de perversion actives pour les hommes). En même temps, l'hystérie était diagnostiquée chez les femmes en cas de symptômes comme l'érotomanie et la vulgarité ; ces mêmes symptômes seraient pourtant presque pensés comme des traits de comportements « classiques » masculins. Quand une femme est érotomane et vulgaire, ces comportements sont pensés comme des signes d'une pathologie mentale à soigner, alors que quand c'est l'homme qui est érotomane et vulgaire, il s'agit plutôt d'une faute morale socialement condamnable ; chez les femmes, ce type de comportement relève d'une déviance psychique naturalisée, quand chez l'homme il relève d'une déviance sociale. « Pour les femmes, le mal était à l'intérieur et le Diable était une force parasite intrinsèque, tandis que pour les hommes le péché était une réaction impure face à un stimulus externe qui laissait le corps intact » (Bell, 1885 : 22). D'une certaine manière, malgré les changements de paradigme successifs entre religion et médecine, puis au sein de la médecine elle-même, l'ordre moral semble avoir, sous certains aspects, perduré dans les représentations liées à la différence des sexes et des genres.

Dans toutes les sociétés, et que les acteurs sociaux en soient conscients ou non, la conception du sexe anatomique comporte toujours un aspect stratégique, c'est-à-dire politique, dans l'organisation des relations entre les sexes. L'anatomie est politique : c'est la thèse que défend Nicole-Claude Mathieu dans son ouvrage éponyme. « La notion de sexe est l'organisation mentale d'idées (représentations, mythes, utopies, etc. : le sexe est « pensé ») et de pratiques (rapports sociaux entre

les sexes : le sexe « agi ») souvent contradictoires [...]. L'ambiguïté de la notion de sexe, telle qu'elle se manifeste dans la conscience commune comme dans les analyses en sciences sociales et des mouvements de femmes, tient de plus au recouvrement prescrit, au moins dans les sociétés occidentales, entre le sexe biologique et le sexe social » (Mathieu, 2013 : 210). Elle distingue ainsi trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre : l'identité « sexuelle », basée sur une conscience individualiste du sexe, dans laquelle le genre traduit le sexe ; l'identité « sexuée », basée sur une conscience de groupe, dans laquelle le genre symbolise le sexe (et inversement) ; l'identité « de sexe », basée sur la conscience de classe, dans laquelle le genre construit le sexe. Le premier mode de conceptualisation, l'identité « sexuelle », est fondé sur la conscience individualiste du vécu socio-psychologique de sexe biologique. Il s'agit d'une problématique de l'adéquation entre traits personnels psycho-sociaux et traits biologiques. Le sexe biologique est pensé comme déterminé. Le référent est donc la bipartition absolue des deux sexes, à la fois naturelle et sociale. Cette bipartition se retrouve dans les rapports sociaux, qui correspondent à « la stratégie de la *féminité*, imposée aux femmes, et de la masculinité, apprise aux hommes » (*ibid.* : 214). Le deuxième mode de conceptualisation du sexe se situe dans la problématique de l'identité « sexuée » : la personne ne se situe pas seulement individuellement par rapport à son sexe biologique, mais son identité propre est liée à une forme de conscience de groupe. « Le sexe n'est plus seulement le vécu, comme dans le mode I, comme un destin individuel anatomique à suivre à travers l'identité de genre conforme, mais le genre est ressenti comme une sorte de mode de vie collectif » (*ibid.* : 220). La conscience de l'imposition de comportements sociaux à des personnes sur la base de leur sexe biologique prend forme. Les deux groupes continuent à être pensés comme clos sur le biologique, mais, du fait de la correspondance analogique entre sexe et genre, on s'intéresse avant tout à l'élaboration culturelle de la différence. La notion de genre, référence principale de l'identité « sexuée », ne permet pas la remise en cause de la bipartition des sociétés en deux groupes de sexes, à partir desquels s'établissent des variations plus ou moins symboliques. Dans le troisième mode de conceptualisation du rapport entre genre et sexe, l'identité « de sexe », la bipartition du genre, est conçue comme étrangère à la réalité biologique du sexe, mais non pas à l'efficacité de sa définition idéologique. « C'est l'idée même de cette hétérogénéité entre sexe et genre (leur nature différente) qui amène à penser, non

plus que la différence des sexes est « traduite » (mode I) ou « exprimée » ou « symbolisée » (mode II) à travers le genre, mais que *le genre construit le sexe*. Entre sexe et genre, est établie une *correspondance socio-logique*, et politique. Il s'agit d'une logique anti-naturaliste et d'une analyse matérialiste des rapports sociaux de sexe » (*ibid.* : 235). On passe ainsi de l'idée de différence à celle de différenciation sociale des sexes, de construction sociale de la différence. L'anorexie mentale reproduit la conception de l'identité « sexuelle » en même temps qu'elle la remet en question. En effet, la plupart des travaux en médecine sur cette pathologie sépare de manière implicite et pourtant très claire anorexie masculine et anorexie féminine, la distinction s'appuyant sur les corps sexués, notamment *via* les hormones sexuelles. En même temps, les anorexiques, par la modification qu'ils appliquent à leur corps *via* l'amaigrissement extrême, perturbent cette conception biologisante en se constituant un corps maigre et androgyne. C'est pourquoi l'anorexie de la jeune fille est vue comme un refus de la féminité par certaines théories psychanalytiques, qui naturalisent ainsi la féminité comme attribut du corps sexué féminin. Réciproquement, les textes en psychiatrie qui s'interrogent sur l'homosexualité du garçon anorexique reproduisent ce même schéma : en rendant son corps maigre et en le privant de ses attributs masculins, le garçon anorexique brouille les catégories conventionnelles, et amène certains psychiatres, qui pensent que le genre traduit le sexe, à envisager que ce comportement puisse être la preuve du rejet d'une sexualité hétérosexuelle normale, puisqu'en rejetant les attributs propres à son sexe, il rejette par là même son genre. La plupart des études en anthropologie se saisissent de la conception de l'identité « sexuée » du rapport entre genre et sexe, en cherchant à démontrer en quoi le genre est une construction sociale du sexe. À propos de l'anorexie, cette idée est claire dans les travaux qui se proposent d'étudier l'influence de la culture sur la maladie. En envisageant que les jeunes filles puissent être influencées par l'image de l'idéal type féminin et puissent vouloir s'y conformer au point de s'en rendre malades revient à envisager un « groupe femme » soumis à des images de la féminité, sans jamais remettre en question la réalité du corps sexué comme partie intégrante de ce processus d'assimilation. Parallèlement, le « groupe homme » produit et reproduit aussi des comportements masculins propres à son appartenance au groupe de genre et de sexe ; ainsi, les garçons anorexiques sont plus enclins à l'intériorisation et la consommation d'alcool et de drogues, conformément aux attributs de caractères

masculins, c'est-à-dire aux comportements violents. Nous avons largement utilisé ce mode de conceptualisation du sexe dans notre analyse. Il semble d'ailleurs tout à fait pertinent dans le cas de l'anorexie, pathologie au cours de laquelle les individus semblent exprimer de différentes manières leur trouble en fonction du genre auquel ils se rattachent. L'anorexie mentale permet ainsi d'interroger la part de naturalisation médicale des corps sexués en se demandant ce qui relève de la construction sociale des sexes, c'est-à-dire du genre, et ce qui relève d'une part concrète de biologie.

Mais comme nous avons commencé à la voir avec l'étude d'Ilana Löwy sur les hormones sexuelles (Löwy, 2006), il semblerait que l'on gagne à se détacher davantage de cette conception de l'identité « sexuée » pour envisager l'anorexie mentale à partir du dernier mode de conceptualisation du sexe, l'identité « de sexe ». Ainsi, cette conception nous permettrait de nous dégager complètement de l'idée de réalité des corps sexués, pour ne s'en tenir qu'à l'idéologie qui régit la différence des sexes, notamment dans le domaine de la médecine. Dans la lignée de l'anthropologie critique féministe des questions de santé, nous gagnerions à appréhender les questions de rapports entre hommes et femmes compris comme des rapports de classe, non pas uniquement en portant notre regard uniquement sur les rapports hiérarchiques de genre entre membres du personnel soignant comme l'a fait Helen Gremillion (Gremillion, 2003), mais également en déplaçant notre analyse aussi sur les rapports entre soignant et soigné. Ainsi pourrait-on éventuellement expliquer en partie le rapport de certains psychiatres vis-à-vis de l'anorexie mentale masculine : envisager que, par la maladie, le garçon perd ses attributs masculins de virilité revient à établir avec lui un rapport de dominant à dominé, en le revoyant dans la classe des femmes. Il semblerait en tout cas que l'on puisse pousser notre analyse en nous servant de ces trois modes de conceptions, et que plus largement, l'identité « de sexe » puisse permettre de développer l'analyse du *care* de manière plus critique.

c) Un trouble de classe

L'anorexie est une maladie bourgeoise. Tel est l'un des *a priori* communs liés à ce trouble. Cette idée renvoie à l'une des conceptions populaires de l'anorexie mentale : ce trouble serait une sorte de caprice de jeune fille riche. Généralement, on considère que les gens des classes sociales les plus élevées doivent être en bonne

santé, du fait de leurs bonnes conditions de vie. Pourtant, dans les faits, on constate qu'il y a dans cette population une forte prévalence de pathologies mentales, comme la dépression et l'anorexie : l'explication communément donnée est que ces personnes se créent des problèmes, sur le mode de la distinction entre vrai et fausse maladie mentale (Hacking, 2002). Certes, cette pathologie est majoritairement diagnostiquée chez des jeunes filles appartenant aux couches moyennes hautes ou même aisées de la population, et ce depuis les premiers cas observés au XVII^e siècle (Guillemot & Laxenaire, 1997). Une remarque semble alors s'imposer : il faut, avant d'aller plus loin, s'interroger sur ce lien semble-t-il quasi-systématique entre appartenance à une classe sociale élevée et diagnostic d'anorexie mentale. Lors des premiers cas observés, que ce soit par Morton ou par Gull et Lasègue, il semble que l'inégal accès aux soins entre familles pauvres et familles bourgeoises puisse en grande partie expliquer ce phénomène. Dans les années 1970, les écarts entre classes par rapport à la médecine étaient encore importants. Les différences dans le comportement sanitaire des membres des différentes classes sociales sont beaucoup plus fortes que ne le laisserait supposer la seule prise en compte de la consommation médicale (que ce soit en termes de visite chez les médecins ou de consommation de médicaments) ; un même niveau de consommation n'ayant pas la même signification lorsqu'il est le fait de catégories sociales dont les membres ont des chances de vie inégales²¹. De plus, l'écart entre le « risque sanitaire » encouru par les membres de chaque classe et l'importance de la morbidité qu'ils expriment et des soins médicaux qu'ils consomment croît régulièrement et fortement quand on passe des cadres supérieurs aux cadres moyens, aux employés, aux patrons de l'industrie et du commerce, aux ouvriers, aux agriculteurs, aux ouvriers agricoles. « C'est à condition d'apercevoir que la consommation médicale et les conduites sanitaires sont des terrains d'application du système des schèmes implicites, régissant le rapport que les individus entretiennent avec leur corps, que l'on accède au principe d'explication qui permet de rendre compte des différences de consommation médicale des membres des différents groupes sociaux mais aussi, au moins partiellement, de l'évolution dans le temps de ces consommations » (Boltanski, 1971 : 225).

²¹ Ainsi, par exemple, la consommation médicale presque identique chez les cadres supérieurs, les cadres moyens et les employés doit être rapportée, pour prendre tout son sens, aux chances de vie, c'est-à-dire au degré d'usure physique inégal des membres de ces catégories.

La classe sociale induit ainsi davantage que la consommation médicale des personnes : elle conditionne le rapport des individus à leur propre corps, jusqu'au plus intime d'eux-mêmes, dans leurs sensations. « Ainsi, pour les membres des classes populaires qui ne prêtent pas volontiers attention à leur corps, qui l'utilisent d'abord comme un outil et qui lui demandent avant toute chose de fonctionner, la maladie se manifestera brutalement parce qu'on n'en a pas perçu les signes avant-coureurs ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera saisie, le plus souvent, sur le modèle de l'accident imprévisible et soudain. À l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception aiguisée des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un accident soudain » (*ibid.* : 221). Lorsque, dans la clinique de l'anorexie, le médecin demande à une patiente de retracer l'histoire de sa maladie en resituant le début et les étapes successives, il rentre dans ce schéma de classe : en pensant d'emblée que la patiente peut répondre à ce genre de question, il lui attribue un statut social élevé, ce qui induit donc qu'elle est nécessairement à l'écoute de son corps, ou tout au moins capable de produire un discours clair sur son ressenti. Quand bien même celle-ci n'y parviendrait pas dans un premier temps, le discours de la jeune fille sur elle-même finit par devenir adéquat aux attentes du personnel soignant (Darmon, 2008). Ainsi, les individus qui appartiennent aux classes sociales aisées auront *a priori* plus de facilités que ceux appartenant aux classes populaires à produire un discours sur eux-mêmes qui réponde aux attentes des médecins ; d'autre part, ceux-ci s'adapteront plus aisément aux termes spécifiques, qu'ils s'approprient par la suite pour parler de leur maladie, ce qui aura pour conséquence que les médecins auront l'impression que ceux-ci comprennent mieux leur pathologie que ceux des classes populaires, lesquels réinvestiront les termes pour les traduire selon des représentations qui leurs sont familières. « Les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux et dont le système constitue leur « culture somatique » sont le produit des conditions objectives qu'elles retraduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du devoir être et sont fonction, plus précisément, du degré auquel les individus tirent leurs moyens matériels d'existence de leur activité physique, de la vente des marchandises qui sont le produit de cette activité, ou de la mise en œuvre de leur force physique et de sa vente sur le marché du travail »

(Boltanski, 1971 : 222). Tout se passe comme si la perception des sensations morbides était inégale entre les différentes classes sociales, ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente, et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. « Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale, la part des individus qui les sélectionnent et les attribuent à la classe des sensations morbides — sensations de « lourdeur », de « mal au cœur », de « nausées », « d'assoupissement » et « d'encombrement », etc. — plutôt qu'à celle des sensations euphoriques de la réplétion digestive — sensations d'être « calé », d'être « rempli », de « reprendre des forces », etc. — croissant régulièrement quand on passe des classes populaires aux classes supérieures comme en témoignent par exemple les opinions sur la digestibilité des graisses ou de la viande » (*ibid.* : 211). Ce discours sur le différent ressenti des aliments se retrouve très clairement dans l'anorexie mentale. Les anorexiques suppriment de leur alimentation toute une série d'aliments qui renvoient symboliquement à ceux des classes populaires.

Dans l'anorexie mentale, le corps est conçu par les jeunes filles qui en sont atteintes comme un capital total (Darmon, 2008). Pour les filles des classes les plus aisées, il s'agit de maintenir les acquis ; pour celles des classes moyennes, il s'agit, par un contrôle extrême de leur corps, d'atteindre l'idéal normatif de la classe dominante. Le corps est ainsi travaillé à trois niveaux : au niveau du poids, au niveau du muscle, et au niveau de l'intellect. La minceur est ainsi recherchée à la fois à travers la pratique d'un exercice physique intense et soutenu, dans des sports individuels et assimilés à des sports de riches, et dans un régime qui pousse à l'extrême les codes de classes, dans une sélection de plus en plus sévère d'aliments consommés et valorisés par les classes sociales bourgeoises. Pour ce qui est du travail intellectuel, il s'agit de se forger une culture générale « béton », de se constituer un capital culturel le plus élevé possible, validé par les bons résultats scolaires et la reconnaissance des professeurs d'un statut d'élève supérieur à la moyenne, voire excellent (*ibid.*). C'est ainsi l'excellence en tous points qui est convoitée à travers l'anorexie mentale, en fonction des critères normatifs de la classe dominante. L'anorexique veut se forger le corps et la personnalité d'une élite. Ainsi, on peut envisager l'anorexie mentale comme un trouble de sociétés à économie

marchande capitaliste : les anorexiques recherchent un corps conforme et performant.

« Les femmes blanches issues des classes moyennes qui ne contrôlent pas leur poids peuvent donc craindre d'être assimilées à celles des couches populaires et aux femmes de couleur ; et lorsque ces dernières aspirent à l'ascension sociale, elles cherchent à acquérir un corps qui correspond à leurs aspirations » (Löwy, 2006 : 106-107).

d) Un trouble de jeunes filles blanches

L'un des critères largement retenu dans la littérature traitant de la question de l'anorexie mentale est, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, que l'anorexique type est une jeune fille *blanche*. Ce rappel récurant, dans la littérature, de la couleur de peau type des anorexiques interroge. On sait pourtant que l'anorexie mentale touche aussi des jeunes filles issues de l'immigration, dont la couleur de peau n'est pas conforme au stéréotype de l'anorexique ; c'est que la jeune fille blanche est envisagée comme l'idéal type de l'anorexie typique. Par définition, l'anorexie mentale relève d'une peur intense de grossir et d'une dysmorphophobie propre aux canons de beauté occidentaux, qui sont pour la plupart incarnés par des jeunes filles blanches, qui représentent une certaine élite culturelle et économique. Et quand bien même les jeunes filles anorexiques ne seraient pas blanches, elles appartiennent néanmoins souvent aux couches les plus élevées de la population, ce qui amoindrit l'écart entre l'idéal et les faits. Mais lorsque l'anorexie mentale touche des jeunes filles de couleur appartenant à des classes populaires, leur pathologie pose conceptuellement problème dans la clinique. « Clinical constructions of « typical » or « true » anorexia – and of patients who are marked as highly atypical (or « borderline ») – encode discourses of race, ethnicity, and class that are largely invisible. Clinicians and staff at Walsh describes as « typical » the vast majority of patients in the eating disorders program. When we consider that these patients are relatively privileged (white and middle-class), it is important to recognize that many working-class and nonwhite patients are excluded from treatment in a number of ways » (Gremillion 2003 : 157). Dans ce cas de figure, les médecins ne cachent pas leurs difficultés à accueillir des patients qui ne soient pas blancs et qui n'appartiennent pas aux classes sociales moyennes ou aisées ; de même, ils reconnaissent se référer aux codes de la majorité, et mettre en place un protocole de

soin commun à toutes les patientes à partir des normes et attentes de la classe blanche dominante. Ainsi, les anorexiques qui ne se conforment pas totalement aux normes de l'anorexique typique seront plus facilement considérés comme « borderlines », et de fait rejetées de ce programme de traitement pour l'anorexie, puisque envisagées comme incurables (*ibid.*).

3. L'anorexie comme objet des politiques

a) Les politiques de santé publique en matière de nutrition

« Même dans les pays qui, comme la France, auront vu pendant quelques temps le poids moyen des hommes et, plus encore, des femmes se stabiliser, voire diminuer, le surpoids sera, à l'aube du XXI^e siècle, en passe de devenir une préoccupation, en même temps que d' « image de soi » individuelle, de santé publique, *a fortiori* dans des pays précocement hypercalorisés comme les États-Unis, ou dans d'autres récemment passés en une seule génération de la frugalité plus ou moins forcée à la surconsommation calorique, comme le Japon puis la Chine » (Ory, 2006 : 141). Actuellement en France, il semble impossible d'échapper aux messages de prévention, quel que soit l'âge, le sexe ou le statut social. Relayés par les médias, ils s'adressent au grand public, que ce soit sous forme de spots télévisés ou d'avertissement écrits, encadrant notamment la publicité. Ainsi, entre les dessins animés, les enfants regardent des clips où les slogans « pour bien grandir, mange au moins cinq fruits et légumes par jours », ou « pour être en forme, dépense-toi bien » sont répétés de manière ludique par des personnages colorés. Les adultes n'échappent pas à ces messages sanitaires. En matière de nutrition, la tendance de la législation est clairement de placer les annonceurs face à leurs responsabilités. La sensibilisation du consommateur français aux enjeux de la nutrition et de la lutte contre l'obésité passe ainsi, elle aussi, par la publicité. Depuis le 1^{er} mars 2007, date d'entrée en application du dispositif 1 de la loi de santé publique du 9 août 2004, les publicités pour les produits alimentaires doivent, à l'instar des publicités sur l'alcool ou le tabac, comporter un message d'avertissement sanitaire. Un an après la mise en place de ce dispositif, les messages tels que « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour » font partie du quotidien et abondent sur les affiches publicitaires, à la télévision, à la radio ou sur Internet. Le champ d'application de

l'article L.2133-1 du Code de la santé publique, qui codifie le dispositif mis en place par la loi du 9 août 2004, est très large. Cet article pose que les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Il ressort de cette disposition que la grande majorité des aliments ou des boissons est concernée. Cet article vise de façon très générale les messages publicitaires, sans préciser ce que recouvre ce terme. L'arrêté du 27 février 2007 fixe les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires en faveur des aliments et des boissons. Selon les dispositions de cet arrêté, la promotion des produits alimentaires doit comporter, successivement et équitablement, les messages suivants : « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour » ; « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » ; « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » ; « Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas » (Grall & Camilleri, 2008).

L'instauration de cette loi de régulation publique de la nutrition *via* le contrôle de la publicité relève d'une volonté politique plus grande d'encadrement de l'alimentation. Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001, dans l'objectif d'améliorer l'état de santé général de la population en agissant sur l'un de ses déterminants fondamental, la nutrition. Le PNNS 2011-2015, fixé par le Haut conseil de la santé publique, se décline en trois axes : réduire l'obésité et le surpoids dans la population ; augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges ; améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque ; réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, trouble du comportement alimentaire)²². Néanmoins, si le dernier axe des objectifs de santé publique porte sur la réduction des troubles du comportement alimentaire, il n'est dans le détail question que de l'obésité, puisque le PNNS est, dans la pratique, associé au Plan obésité (PO). De même, la dénutrition n'est abordée que sous son aspect de conséquence d'une maladie chronique, comme notamment les cancers. Ainsi, il semble bien qu'il y ait là un paradoxe inhérent à cette campagne d'éducation à la nutrition, et qui ne semble pas le moins du monde être envisagé par les politiques de santé. En ne tenant compte

²² Cf. PNNS 2011-2015 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

que de l'obésité, le PNNS reste dans son optique de réduction du poids global de la population : en prenant en compte comme trouble alimentaire l'obésité dans son aspect de compulsion alimentaire, le PNNS ne considère qu'un pan des troubles pathologiques liés à l'alimentation et dont la prévalence est pourtant relativement haute en France. De surcroît, le PNNS pourrait par certains aspects être accusé de contribuer au développement de l'anorexie mentale. Un tel discours pourrait sembler exagéré, et pourtant : dans les préconisations alimentaires portées par le PNNS et diffusées par les médias, qui incitent à réduire la consommation d'aliments gras, à pratiquer une activité physique régulière, etc., on retrouve des comportements qui sont mis en application, à l'extrême et de manière morbide, par les personnes anorexiques, et surtout les jeunes filles et femmes anorexiques. On pourrait envisager que l'éducation dès le plus jeune âge à cette forme de contrôle alimentaire basée sur le manger sain et l'encouragement à la dépense physique, ajoutée à une initiation précoce au comptage des calories, puisse amener de plus en plus d'individus à développer des troubles du comportement alimentaire de type restrictif. Comme nous l'avons vu à propos des régimes, les discours associant santé et minceur peuvent créer un terreau favorable à la propagation des troubles du comportement alimentaire chez certaines personnes, surtout des femmes, qui sont plus exposées que les hommes à l'injonction de la beauté minceur. Néanmoins, ce retour de bâton potentiel provoqué par le PNNS ne semble absolument pas pris en compte dans les politiques de santé publique en matière de nutrition, ce qui dénote d'une prise en charge ambiguë de ces formes de pathologie par les instances gouvernementales. De plus, en valorisant les aliments « sains » au détriment des aliments « gras », ce discours contribue à travailler la notion d'aliments impurs ; ajouté à la méfiance actuelle à l'égard de la nourriture, notamment vis-à-vis de sa potentielle toxicité liée à la pollution, le PNNS participe d'un mouvement qui tend à rendre les aliments symboliquement nocifs, et pourrait ainsi être en partie responsable de certaines formes de troubles alimentaires (comme par exemple l'orthorexie). Dans le même ordre d'idées, à propos de l'éducation au comptage des calories, on pourrait établir un lien entre la réglementation de l'information nutritionnelle et les troubles du comportement alimentaire. Le Canada, les États-Unis, le Mexique, les pays de l'Union Européenne, ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont adopté l'affichage de l'information nutritionnelle sur les étiquettes des produits alimentaires préemballés, c'est-à-dire une information

concernant les nutriments (glucides, lipides, protéines, vitamines et minéraux) contenus dans le produit. On pourrait ainsi, à la vue de la liste des pays pratiquant cet affichage, établir un parallèle entre ces mesures d'information et la prévalence des troubles du comportement alimentaire, obésité incluse. Pour aller plus loin, il semblerait même que l'anorexie mentale soit indissociable de l'obésité : là où l'un des deux extrêmes est présent, l'autre l'est aussi.

Le fait que l'accent soit mis sur la lutte contre l'obésité dénote tout de même de la tendance générale de la société occidentale à la *lipophobie* (Fischler, 2001). Le rejet du gros et du gras, entretenu par les discours des politiques de santé publique, entraîne une moindre prise en compte dans les plans nationaux des troubles du comportement alimentaire de type restrictif, au profit d'un renforcement de la stigmatisation de l'embonpoint. « Le critère du mince continue à l'emporter, soutenu par un discours médical mieux armé pour établir le lien entre ce qui devient, par euphémisation, « surcharge pondérale » et maladie, en particulier vasculaire » (Ory, 2006 : 141).

Ainsi, l'association entre minceur, santé et beauté définit en creux un contre modèle non-conforme à exclure *via* la mise en place de programmes nationaux de santé, comme le PNNS. « Les médias, mais aussi les publications professionnelles, affirment aujourd'hui qu'une femme qui a fait les bons choix et gère bien son « capital » santé garde sa beauté et sa vitalité jusqu'à un âge avancé. Mais l'image positive de la femme vieillissante athlétique et pleine d'énergie, avec un visage parfait et un sourire éclatant, s'accompagne de son image miroir : celle qui a fait les mauvais choix, pliée en deux par l'ostéoporose, affligée de problèmes de santé multiples, dépressive, finissant sa vie seule, pauvre et malade » (Löwy, 2006 : 169). Dans la presse, et dans les médias en général, notamment à travers la publicité, l'idéal féminin, qui représente au plus haut point l'association parfaite entre beauté et bien-être est personnifié par les mannequins. Pourtant, on constate que le milieu du mannequinat est l'un des secteurs professionnels, si ce n'est le secteur professionnel, où la prévalence de l'anorexie mentale est la plus forte. Les mannequins incarnent en cela le paroxysme du paradoxe de l'analogie entre minceur, beauté et santé.

b) L'anorexie dans le mannequinat

Les polémiques concernant le monde de la mode et les tours de tailles des mannequins ne sont pas nouvelles. Déjà, dans les années 1960, le top-modèle anglais Twiggy était accusée d'encourager les jeunes filles à se contraindre à des restrictions alimentaires intenses dans le but de lui ressembler. Les critiques envers l'influence des mannequins sur les adolescentes semblent s'être calmées, avant d'exploser au début du XXI^e siècle, portant désormais sur la maigreur pathologique de certains modèles. En 2006, trois faits divers ont réveillé l'opinion publique : « Au mois d'août 2006, Luisel Ramos, 22 ans, est tombée d'épuisement d'un podium en Uruguay et est morte d'une crise cardiaque causée par un régime de trois mois exclusivement à base de laitue et de boisson light. En septembre, les organisateurs de la *Fashion Week* de Madrid ont décidé d'interdire l'accès aux podiums aux mannequins dont l'indice de masse corporelle (IMC) était inférieur à 18. Enfin, le 14 novembre, Ana Carolina Reston, top-modèle brésilienne, est décédée d'une infection généralisée alors qu'elle pesait 40 kg pour 1,74 m et qu'elle ne se nourrissait que de pulpe de pommes et de tomates »²³. L'année suivante, la marque italienne No-l-ita prenait part au débat à travers une campagne d'affichage faisant poser nue Isabelle Caro, ancien mannequin connue pour sa lutte contre l'anorexie, décédée en 2010 des suites de la maladie. Les Femmes se sont aussi mobilisées pour dénoncer l'anorexie dans le milieu de la mode en manifestant – seins nus, s'il faut le préciser – le 24 février 2012 à la *Fashion week* de Milan. Pourtant, la même année, l'émission de télé-réalité anglaise *Top-model* accueillait une candidate anorexique depuis son plus jeune âge. En avril 2013, un nouveau scandale éclate en Suède : une agence de mannequin a cherché de nouvelles recrues au Centre de Stockholm pour les troubles du comportement alimentaire, profitant du moment de la promenade pour aborder des jeunes filles anorexiques. Les top-modèles elles-mêmes sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses à témoigner de leur anorexie, dans des livres autobiographiques ou des interviews, comme c'est le cas de Georgina Wilkin, ex-mannequin : dans une interview donnée en octobre 2013, elle

²³ SPORTIS Cécile et THOMAS Chantal, « Taille de guêpe, du Darfour au podium », publié le 23 janvier 2007 dans les Tribunes de *Libération*, consultable en ligne : http://www.liberation.fr/tribune/2007/01/23/taille-de-guepe-du-darfour-au-podium_82685.

confie que, quelques semaines après avoir été hospitalisée dans un état critique, elle a été embauchée comme modèle pour Prada²⁴.

La lutte contre l'anorexie est aujourd'hui devenue un véritable enjeu. De nombreuses mesures ont été prises par le monde de la mode, les marques, les pouvoirs public, etc., pour revenir à des « physiques plus naturels ». Ces mesures sont cependant loin d'être homogènes d'un pays à l'autre. En Espagne, certaines marques ont pris parti pour la lutte contre l'anorexie. Les vêtements de la marque C&A portent ainsi une étiquette stipulant que « s'obséder avec son poids peut nuire à la santé ». Ce message est également bien visible aux caisses et sur des brochures de prévention des troubles des conduites alimentaires. La brochure contient un texte d'information générale sur l'anorexie et la boulimie, et des consignes de bases pour l'éviter ou savoir comment la soigner. Toujours en Espagne, plusieurs enseignes de prêt-à-porter espagnoles, dont *Zara* et *Mango*, se sont lancées dans une campagne de mensuration nationale afin de redimensionner leurs vêtements en fonction des formes réelles des femmes. Le ministère de la Santé espagnol a par ailleurs déclaré que les mannequins disposés en vitrine dans les boutiques devront désormais porter du 38, et non du 34 ou 36, comme c'est le cas aujourd'hui. Depuis septembre 2006, la péninsule ibérique interdit aux mannequins ayant un IMC inférieur à 18, c'est-à-dire pesant moins de 55 kg pour 1,75 m, de défiler. En France, dès 1990, la loi de Claude Evin, alors ministre de la santé de Michel Rocard, obligeait les mannequins à se rendre à la médecine du travail afin de vérifier leur état de santé, et les mineurs à être suivis par un pédiatre. Pour les pouvoirs publics, une attention s'ajoutait aux personnes qui s'occupaient de ces mannequins, considérées comme des « nounous » qui surveillent leur état physique. La profession est également réglementée depuis les années 90 : les agences de mannequins doivent posséder, pour exercer, une licence délivrée par la Préfecture de leur département, et l'emploi des mineurs de moins de 16 ans est soumis à une réglementation stricte, pour lesquels les agences doivent obtenir un agrément spécifique. Ces mineurs sont soumis à des visites médicales régulières. L'Italie a, elle aussi, mis en place des lois visant à protéger la santé des mannequins, tout en portant une attention particulière aux plus jeunes : un code éthique contre l'anorexie interdit depuis 2007 aux tops de moins de 16 ans de

²⁴ CAROLL Helen, « Teen fashion model Georgina got so thin her organs were failing », publié le 2 octobre 2013 dans le *Dailymail*, consultable en ligne : <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2442084/Anorexic-model-Georgina-Wilkin-organs-failing-designers-booked-her.html>.

défiler et impose à toutes un contrôle médical pour s'assurer que le ratio taille-poids est respecté. La Grande-Bretagne semble ne pas être aussi ferme que ses voisins européens. Le Conseil de la mode britannique a, en effet, abandonné le projet d'exiger des certificats médicaux des mannequins. Sa directrice, Hilary Riva, a expliqué cette décision par la difficulté de mettre en pratique un règlement qui aurait demandé aux mannequins de prouver qu'ils ne souffrent pas de troubles nutritionnels avant de défiler à Londres, alors que New York, Paris ou Milan ne veulent pas imiter cette mesure. Les États-Unis font également preuve d'un certain laxisme vis-à-vis du contrôle sur les potentiels troubles du comportement alimentaire des mannequins : les responsables de la *Fashion Week* de New York ont adopté en 2007 une liste de consignes, comme interdire l'alcool et le tabac lors des défilés, mais l'anorexie est quant à elle passée sous silence²⁵. Il y a quelque mois, la marque *La Perla* a défrayé la chronique en installant en vitrine dans une boutique située dans le quartier de Soho, à New-York, un mannequin plastique d'une extrême maigreur, côtes et clavicules saillantes. La marque l'a retiré suite au tweet scandalisé de l'association de lutte contre les troubles du comportement alimentaire de Floride, largement relayé sur ce réseau social²⁶. Il ne s'agit là encore pas d'une intervention de l'État, qui semble laisser à l'opinion publique le soin de réguler ce genre de problématiques.

Depuis janvier 2013, les mannequins hommes et femmes dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 18,5 n'ont plus le droit de défiler en Israël ni d'apparaître dans les médias israéliens. Le Parlement israélien a adopté à l'unanimité cette loi le 19 mars 2012. « La loi va changer la situation actuelle où des mannequins en sous-poids représentent l'idéal pour les enfants et les jeunes, les poussant de fait vers la terrible malédiction des troubles alimentaires, qui affectent non seulement l'esprit mais aussi le corps », a précisé Rachel Adatto, parlementaire ayant porté le projet de loi ; « avec cette loi, nous ramenons les idéaux de la beauté dans les limites de la logique, de la santé – les limites raisonnables – qui empêcheront nos enfants de dévaler la pente dangereuse des troubles du

²⁵ « L'anorexie des mannequins : des moyens pour lutter », *Marie-Claire*.

²⁶ « Mode : scandale dans une vitrine de la marque de lingerie La Perla ! », *Public.fr*, consultable en ligne : <http://www.public.fr/Look/Toutes-les-news-look/Mode-scandale-dans-une-vitrine-de-la-marque-de-lingerie-La-Perla-532036>, consulté en ligne le 03 juin 2014.

comportement alimentaire »²⁷. La loi stipule également qu'il doit être clairement indiqué utilisées si un logiciel de retouche a été utilisé pour affiner l'apparence du mannequin sur les images utilisées dans les publicités. La législation s'applique aux images imprimées, aux panneaux publicitaires et aux publicités télévisées, y compris pour ceux ou celles faites à l'étranger avec des mannequins étrangers et importés en Israël. En revanche, elle ne concerne pas les médias dont les Israéliens ne constituent pas le public cible premier, notamment les magazines étrangers importés, ainsi que les publications à des fins non-commerciales. Les mannequins devront fournir un certificat médical de moins de trois mois pour chaque séance photographique afin de prouver que leur IMC est conforme à la réglementation. Ainsi, à la différence des lois européennes et américaines, cette loi israélienne ne vise pas seulement à protéger les mannequins des troubles alimentaires, qui sont alors pensés dans ce cas comme provoqués par les régimes alimentaires stricts qui accompagnent nécessairement cette profession, pour laquelle l'outil de travail premier est le corps hyper-conforme à l'idéal normatif de minceur. Plus encore, il s'agit là, comme le montre bien le discours de la parlementaire, de protéger « les enfants et les jeunes » des pathologies alimentaires, qui seraient ainsi liées à la volonté de se conformer aux canons de beauté représentés par les mannequins. Quand l'Europe et les États-Unis se saisissent de la santé des mannequins en légiférant de manière à protéger un corps de métier, en instaurant des lois qui ressemblent à des consignes relevant de la médecine du travail, elles envisagent alors l'anorexie comme conséquence à un ensemble de pratiques qui sont propres au milieu de la mode ; les mannequins sont victimes de leur métier, dans lequel les restrictions alimentaires sont extrêmement banalisées : il s'agit en quelque sorte d'encadrer la profession pour protéger les salariés. C'est aussi ce que fait Israël dans la première partie de sa loi. Mais une dimension nouvelle y est présente : celle de l'interdiction de la diffusion des images de mannequins trop maigres. Cette seconde partie de la loi envisage donc également l'anorexie mentale sous l'aspect le plus culturel de son étiologie : il s'agit là d'essayer de réduire la prévalence d'un trouble dont l'épidémie est pensée en termes de contagion par volonté des plus vulnérables de se conformer aux idéaux normatifs d'esthétique corporelle.

²⁷ « Israël s'engage contre l'anorexie des mannequins », *L'Express*, mars 2012.

Les détracteurs de ces lois préconisent de ne pas poser l'IMC comme critère de sélection pour les mannequins, mais de s'intéresser plus exactement à leur état de santé, puisque les mannequins sont des personnes qui sont naturellement minces, et qui ont donc, de fait, un IMC inférieur à la moyenne. Cet argument est effectivement recevable. Dans le même ordre d'idées, il rejoint l'interrogation relative au critère de l'IMC minimum dans la définition de l'anorexie mentale. Bien qu'il n'en soit pas strictement question dans les classifications psychiatriques, il y a consensus médical pour dire qu'une personne ayant un IMC inférieur à dix-sept est maigre, et qu'en dessous de treize, il faut hospitaliser la personne, dont l'état de maigreur représente un danger vital pour celle-ci. Néanmoins, on peut se demander ce que valent réellement ces chiffres : une personne dont l'IMC est de quatorze et demi ne sera pas considérée comme réellement en danger, alors qu'il n'y a que quelques kilos qui la séparent d'un IMC plus bas et pathologique. On retrouve également cette idée sur des forums consacrés à la question de la maigreur des mannequins. Une jeune fille témoigne de manière anonyme à ce propos « Personnellement je mesure 1m65 pour 46 kg²⁸ et c'est comme ça je n'y peux rien c'est ma constitution. Je suis mince comme d'autres sont obèses ! On me dit souvent que j'ai l'air anorexique mais c'est faux et très très pénible à force ! Alors arrêtez de critiquer !²⁹ ». La maigreur, au-delà des critères médicaux, semblerait ainsi être avant tout un ressenti subjectif. Il est en tout cas visible que les mannequins de podium, généralement très minces, voire maigre, provoquent des réactions ambiguës à leur égard, entre rejet et admiration, désir et dégoût. C'est ainsi que *Public* conclut son article en ligne sur une jeune mannequin écossaise accusée d'anorexie mentale par cette question aux lecteurs : « Mais n'est-elle pas trop mince ? Comment trouvez-vous Amanda Hendrick ? »³⁰. Les commentaires sont éloquentes, et se partagent entre ceux qui associent maigreur et beauté, ceux qui la rapportent à la maladie mentale, et ceux qui rapprochent les corps maigres des modèles de ceux des prisonniers d'Auschwitz. La maigreur semble dans tous les cas fasciner ceux qui la voient ou la regardent, positivement ou négativement ; le

²⁸ Ce qui équivaut à un IMC de 16,9.

²⁹ Consultable en ligne : <http://www.public.fr/Look/Toutes-les-news-look/Photos/Mode-les-photos-en-bikini-d-un-top-model-anorexique-font-scandale-150021> ; consulté le 20 mai 2014.

³⁰ *Id.*

sujet paraît ne pas laisser l'opinion publique indifférente, à en voir le nombre d'articles qui lui sont consacrés.

C'est certainement ce constat de l'impact de la vue du corps maigre sur les individus qui a entraîné la mise en place de mesures d'encadrement de ce type d'images, soit comme l'a fait Israël à travers sa loi concernant les mannequins, qui a choisi de réguler en amont le problème en surveillant les mannequins et le milieu de la mode en général, soit comme a légiféré notamment la France, en aval, en contrôlant les publications considérées comme des incitations à la maigreur, et ainsi à l'anorexie mentale, sur internet.

c) *L'anorexie sur internet*

Tout récemment, le *thin-gap*, à traduire par l'écart entre les cuisses, nouveau phénomène de mode adolescente, a été accusé par de nombreux médias d'encourager les jeunes filles à la recherche excessive de minceur et ainsi de les inciter à pratiquer des régimes draconiens, et donc à devenir anorexiques. Il suffit à l'heure actuelle de taper le mot-clef *thin-gap* dans n'importe quel moteur de recherche internet pour comprendre l'ampleur du phénomène sur la toile : on peut y voir des *selfies*³¹ d'adolescentes comparant l'écart qu'elles ont entre les cuisses via les réseaux sociaux, on encore des blogs consacrés au culte du corps maigre, mais aussi des forums et autres pages de détracteurs de ce nouveau critère d'idéal de beauté féminin. La représentation de l'anorexie sur internet semble par ailleurs être quasi-exclusivement féminine (Windels, 2010). Les blogs *pro-ana*, c'est-à-dire pro-anorexie, sont apparus sur la toile au début des années 2000. Ces blogs sont majoritairement tenus par des jeunes filles elles-mêmes anorexiques, et dans la phase de maintien de l'engagement dans la pathologie (*ibid.* ; Darmon, 2008). Le contenu est explicite : photographies et textes se succèdent et s'enchaînent, et tous prônent l'anorexie comme choix de vie, voire, sous certains aspects, comme religion, à travers le culte voué à *Ana*. Ana est l'anorexie personnifiée ; elle porte d'ailleurs un prénom féminin. Les anorexiques s'adressent directement à elle, sous forme de poèmes. On peut aussi trouver les commandements d'Ana, texte repris sur

³¹ De la contraction des termes anglais « self » et « I », définit par le dictionnaire d'Oxford comme « a photograph that one has taken of oneself, typically one taken with a smartphone or webcam and uploaded to a social media website », et introduit récemment par les médias francophones dans le langage familier.

de nombreux blogs à l'identique : « être mince est plus important qu'être en bonne santé », « tu ne peux jamais être trop mince »³². Les lettres d'Ana encouragent les jeunes filles à perdre du poids, à s'affamer, les insultant et les réconfortant tout à la fois. Ana, l'anorexie mentale, y est vue autant comme une compagne que comme un bourreau. Les images sont généralement soit celles de personnages féminins de films ou de séries incarnant l'anorexie ou le mal-être adolescent, soit des photographies de jeunes filles anorexiques, dans lesquelles sont mises en valeurs les parties saillantes du corps, généralement les côtes ou les hanches, mais aussi les clavicules et les cuisses³³. On peut également trouver des images sur lesquelles sont répétées en écriture manuscrite « starve », affame-toi. Il n'y a pas d'auteurs reconnus à ces textes et ces photographies. Les plus populaires se retrouvent sur de nombreux blogs. Les individus semblent s'effacer derrière la pathologie. C'est comme s'il n'y avait dans ce mouvement pro-anorexie aucune possibilité d'individuation : les lettres et commandements, signés « ta meilleure amie, Ana », mettent toutes les jeunes filles au même rang, à la même place, parlant pour elles à la première personne, pour encore une fois effacer les particularités au profit du groupe. Le trouble et la maigreur qui lui est caractéristique semble rendre unique les jeunes filles anorexiques par rapport au reste de la population, mais sans qu'il y ait de volonté apparente de se différencier les unes des autres. Les pro-ana donnent l'apparence de former une entité homogène, un groupe unifié, qui s'entraide en prodiguant conseils et soutiens à ses membres. Les thèmes principaux sont le contrôle, la perfection et la solidarité, et la plupart des blogs renvoient sur d'autres blogs du même ordre (Borzekowski, 2010). Ces sites sont ainsi accusés à la fois de renforcer les personnes anorexiques dans leur pathologie, et d'en pousser d'autres à devenir anorexiques, en leur donnant par exemple des conseils sur la meilleure manière de dissimuler le fait de ne pas manger, ou sur la façon de se faire vomir après les repas sans que les parents ne s'en rendent compte. À ce propos, ce genre d'entraide et de conseils se retrouve également en institution : les jeunes filles hospitalisées pour les troubles du comportement alimentaire partagent leurs expériences et s'échangent des trucs et astuces pour résister aux injonctions à la reprise de poids (Darmon, 2008).

³² « Les 10 commandements d'une Pro-Ana », <http://ana-bella-addict.over-blog.com/2013/12/les-10-commandements-d-un-pro-ana.html>, consulté en ligne le 18 mai 2014.

³³ Voir sur *Tumblr.com* les photographies relatives à *#bonespo*, *#anorexia*, *#skinniland*, *#thinpo*, etc.

Pour essayer de parer à ce mouvement, l'Assemblée nationale française a adopté une proposition de loi visant à « combattre l'incitation à l'anorexie », proposée par Valérie Boyer, députée des Bouches-du-Rhône. L'anorexie mentale y est envisagée comme un réel enjeu de santé publique. Soucieux de « combattre ce fléau », les pouvoirs publics ont engagé dès 2007 un dialogue avec des professionnels du sujet. Un groupe de travail pluri-professionnel (médecins, agences de mannequins, représentants de la mode, annonceurs, médias, associations des agences de conseil en communication, etc.) a été constitué sous la présidence de Marcel Rufo et Jean-Pierre Poulain. Les travaux ont débouché sur la rédaction d'une Charte d'engagement volontaire sur l'image du corps. Cette initiative voulait constituer une première étape vers une prise de conscience de ce « problème majeur » et ouvrir la voie à une modification des comportements. Le projet de loi s'inscrit dans la continuité de cette première charte : « certaines personnes incitent directement ou par le biais de différents moyens de communication – tels que les magazines, les sites Internet et les blogs, etc. – les personnes à se priver de nourriture pour se faire maigrir de manière excessive, voire font ouvertement l'apologie de l'anorexie, tels le « mouvement pro-ana » par exemple ou d'autres dérives. Or, ces attitudes ou ces contenus médiatiques, véritable provocation à la maigreur excessive, mettent en danger la santé des personnes fragiles. Aussi, paraît-il aujourd'hui indispensable de sanctionner l'incitation à la maigreur excessive ». Par analogie avec les infractions de mise en danger d'autrui et provocation au suicide, le texte prévoit de punir de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de « provoquer une personne à se priver d'aliments de façon persistante pour maigrir de façon excessive pour agir sur son apparence physique qui pourrait l'exposer à un danger de mort ou compromettre sa santé ». Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende lorsque cette recherche de maigreur excessive a provoqué la mort de la personne³⁴. Bien que cette proposition de loi englobe dans le texte l'incitation à la maigreur par des biais détournés comme les magazines, il semble que cette ligne puisse difficilement être mise en application. En effet, comme nous l'avons vu à propos des régimes, l'incitation à la perte de poids pour les jeunes filles et les femmes est omniprésente

³⁴ Proposition de loi n°781 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion0781.asp>, consulté en ligne le 16 mai 2014.

dans la presse féminine. Ainsi, que ce soit le cas d'articles vantant les mérites du jeûne thérapeutique ou dans celui proposant un régime pour perdre trois kilos en une semaine, on imagine mal les instances publiques saisir en justice un magazine féminin pour incitation à l'anorexie, quand bien même ils pourraient y participer. De surcroît, il n'y a pas de frontière clairement définie entre la minceur et la maigreur, si ce n'est l'IMC qui est, comme nous venons de le voir, lui-même soumis dans une certaine mesure à une appréciation subjective. Le texte parle d'ailleurs bien de « maigreur excessive », ce qui induit une sorte de seuil de tolérance dans l'incitation à la perte de poids. Ainsi, il semblerait que cette loi vise en première ligne les blogs pro-anorexie. Un double problème se pose alors : d'une part, ces blogs sont eux-mêmes tenus par des jeunes filles anorexiques, ce qui interroge sur l'application concrète de cette loi ; d'autre part, on peut se demander comment le contrôle de ces blogs peut s'appliquer, si ce n'est par leur suppression *via* leur hébergeur internet. Un troisième problème, d'un autre ordre, intervient alors : certaines pages sont tenues par des jeunes filles anorexiques, et ont un contenu explicite de photographies de corps maigres et de textes exprimant la difficulté de vivre avec la maladie, la souffrance que celle-ci entraîne. Pour autant, ces blogs sont-ils *pro-ana* ? Ou sont-ce seulement des blogs d'adolescentes anorexiques qui exposent leur mal-être et le partagent avec d'autres personnes anorexiques ? Hormis dans certains cas extrêmes, comme les concours de « princesses » *pro-ana*³⁵, il semble parfois difficile de juger par le simple contenu d'une page internet si celle-ci est dédiée à l'incitation à la maigreur excessive, ou si elle relève d'une exposition de la pathologie dans un réseau social ouvert et librement accessible. Lorsque le contenu n'est pas explicite, il est impossible de prouver qu'il s'agit d'une apologie de la maigreur et de l'anorexie. De plus, comme nous l'avons déjà abordé de manière succincte, un même discours peut avoir un double effet paradoxal : les trucs et astuces pour maintenir la perte de poids sont présents sur les blog *pro-ana*, en tant que conseils, mais le sont aussi à l'inverse sur les blog contre le mouvement *pro-ana*, en tant que récits de vies de personnes qui sont sorties de l'anorexie mentale et qui racontent leur parcours ; ainsi, les blogs contre l'anorexie peuvent par certains

³⁵ « Pro-ana games », sorte de concours initié par l'administratrice d'un blog *pro-anorexie*, qui sélectionne par questionnaire autour des TCA des participantes, qui devront, pour gagner le concours, perdre entre deux et cinq kilos grâce aux conseils de la *pro-ana* en chef ; <http://anaddict.over-blog.com/>, consulté le 20 mai 2014.

aspects inciter eux-aussi à la maigreur excessive, malgré eux. Cerner sur internet le mouvement pro-ana semble d'autant plus difficile que la plupart des réseaux, notamment suite à ce projet de loi, existent désormais non plus sur des espaces publics, mais sous forme de groupes privés et fermés. Les messageries de discussion instantanées de type *Msn* semblent avoir été largement investies par le mouvement pro-ana, en tant que plateformes connectées permettant de mettre en lien les jeunes filles anorexiques entre elles de manière plus directe, sans nécessairement passer par le biais de l'affichage public des données personnelles. De nombreux groupes pro-ana ont aussi profité de l'essor des sites dits de socialisation comme *Facebook* pour remplacer les sites laissant des adresses identifiables sur les ordinateurs et susceptibles d'être trouvés par les parents inquiets.

Il n'y a à ce jour aucune jurisprudence pour cette loi visant à combattre l'incitation à l'anorexie. Ainsi, il semblerait qu'elle soit avant tout préventive, et non pas punitive. Néanmoins, le fait que des législations commencent à se mettre en place pour encadrer ces phénomènes est nouveau, et montre qu'internet est devenu un espace public immatériel mais non factice, qui est en phase de devenir le prochain lieu dont devront se saisir les pouvoirs publics pour mettre en place des politiques de régulations qui n'auront pas seulement trait à des données ou des idées, mais plus concrètement à des personnes physiques.

V. Conclusion : anorexie mentale et rapports de pouvoir

L'anorexie mentale, nous venons de le voir à travers les différents axes sur lesquels a porté cette étude – à savoir le corps et son esthétique, les normes alimentaires, l'histoire de la construction médicale des troubles du comportement alimentaire, ainsi que les enjeux de santé publique – est une pathologie particulière à travers laquelle se jouent de nombreux rapports de pouvoir, révélés à divers niveaux, et relevant de multiples degrés d'analyse.

Au niveau individuel, il s'agit en premier lieu d'un contrôle de la personne anorexique sur elle-même, d'un engagement maintenu à l'extrême, et qui devient progressivement morbide. Ce premier niveau de rapport de pouvoir est en quelque sorte le contrôle de l'individu sur lui-même. Dans le processus de soin, l'un des objectifs prioritaire des médecins est de casser ce contrôle. Les anorexiques, lorsqu'elles lâchent prise, cessent de maintenir leur engagement ; alors, un nouveau rapport de force se substitue au précédent : ce sont désormais les médecins qui tiennent les rênes du pouvoir (Darmon, 2008). Pour être « prise en charge », il faut s'en remettre à l'institution. « Cette dernière phase est celle de la prise en charge hospitalière, c'est-à-dire d'un travail de l'institution hospitalière sur les personnes interviewées, visant à lutter contre les dispositions à maintenir l'engagement dans la carrière anorexique. [...] C'est une triple discontinuité qui est visée par l'hospitalisation : celle du discours sur soi et sur l'identité, celle du groupe de référence par la « mise en groupe » des anorexiques, celle enfin du corps et des pratiques alimentaires, sportives ou scolaires par l'imposition de l'arrêt du maintien de l'engagement sur ces fronts et le travail médical sur les dispositions acquises lors des phases antérieures de la carrière » (*ibid.* : 212-214). La première et la dernière des discontinuités rejoignent ce que nous disions précédemment à propos du contrôle des anorexiques sur elles-mêmes ; sans ce retournement nécessaire, le processus de soin ne peut se mettre en place, puisque le contrôle est pensé comme l'un des symptômes de la pathologie. Pour ce qui est de la deuxième discontinuité, le groupe de référence avec lequel les anorexiques sont amenées à rompre est également un lieu dans lequel se jouent de multiples rapports de pouvoir. En effet, si nous envisageons le groupe de référence comme étant la famille, des rapports de force semblent exister à deux niveaux principaux. D'un part, entre l'anorexique et ses parents : soit l'anorexique, le plus souvent lorsque c'est une jeune fille, est

présentée comme tyrannique envers son entourage, dans une affirmation incessante de sa « toute-puissance » (Tinat, 2006) ; soit, le plus souvent dans le cas d'un garçon, l'anorexique est très dépendant de sa mère, dans une configuration familiale matriarcale (Chambry & Agman, 2006). Le déséquilibre relationnel dans les rapports de pouvoir au sein de la structure familiale semble alors être soit envisagé comme une cause soit comme une conséquence de trouble, selon le sexe de la personne anorexique. D'autre part, les travaux d'anthropologie critique sur la clinique de l'anorexie ont bien montré que des rapports de pouvoir se jouent durant le processus de soin au sein du couple parental et vis-à-vis du personnel médical. La hiérarchie de genre est ainsi répétée et reproduite à plusieurs niveaux, avec des rôles féminins et masculins théoriquement attendus et empiriquement vérifiés : les hommes sont raisonnables alors que les femmes sont plutôt dans l'affect (Gremillion, 2003).

Plus généralement, l'anorexie mentale met en lumière les rapports hiérarchiques de genre : parce que c'est un trouble majoritairement féminin, le diagnostic porte en lui des représentations liées au statut social de la femme. L'anorexie du garçon fait aussi ressurgir en creux des images stéréotypées négatives vis-à-vis des comportements envisagés comme proprement féminins : toute une série d'appréciations négatives, comme la faiblesse et la suspicion d'homosexualité, seront ainsi incluses dans les textes psychiatriques traitant de l'anorexie masculine. Ce trouble révèle aussi, dans la théorie et la pratique, des rapports de pouvoirs entre classes sociales et économiques. Encore une fois, le statut privilégié de l'anorexique type induit à la fois une dévalorisation des anorexiques qui n'appartiennent pas aux couches aisées de la population (*ibid.*). Le fait que l'anorexie mentale soit envisagée comme une maladie de « riches » a de nombreuses conséquences dans la clinique et dans la manière d'envisager le trouble de façon plus conceptuelle, en même temps qu'il met en lumière les conceptions hiérarchiques des rapports de classes.

Si l'on suit l'idée de la propagation de l'anorexie mentale par l'influence culturelle, on peut voir se jouer des rapports de pouvoir à divers niveaux. D'une part, dans les normes relatives à l'esthétique corporelle et à l'alimentation : la diffusion des critères occidentaux est, dans ce schéma, facteur d'augmentation de la prévalence de l'anorexie mentale dans les régions qui recevraient ces normes. L'anorexie mentale serait alors l'un des marqueurs de l'hégémonie de la culture occidentale, et surtout américaine, à l'échelle mondiale. D'autre part, on pourrait

voir dans l'augmentation du nombre de diagnostics d'anorexie mentale aux quatre coins du monde le reflet d'une imposition croissante de la biomédecine comme thérapeutique de référence, avec à la fois de plus en plus de psychiatres et une influence plus forte, auprès des populations, des concepts et représentations produits par la biomédecine. Au sein même de la culture occidentale, l'histoire de la construction de la pathologie d'anorexie mentale telle que nous l'avons envisagée est révélatrice des rapports de force théoriques internes à la médecine : dans la recherche comme dans la clinique, la théorie dominante semble toujours être la plus appliquée, parfois au détriment d'autres théories contemporaines pourtant valables, comme c'est le cas de manière cyclique depuis les années 1920 entre la psychanalyse et l'endocrinologie.

À un niveau de société plus large, on pourrait envisager l'anorexie mentale comme un exemple de passage du pouvoir souverain au biopouvoir foucauldien (Foucault, 1976). À comportement équivalent de restriction alimentaire, là où il s'agissait de « laisser vivre » les jeûneuses mystiques, il s'agit désormais de « faire vivre » les anorexiques contemporaines. Les politiques relatives à l'anorexie mises en place en France et en Europe régulent les faits, notamment à travers la mise en place de lois interdisant l'apologie de la maigreur et essayant d'encadrer le poids des top-modèles, en pensant l'anorexie comme une conséquence directe de l'image de la femme véhiculée par les médias. Ce qui peut alors paraître problématique, c'est que les politiques n'agissent pas sur l'image de la femme elle-même, mais sur ses éventuelles conséquences sur les personnes. Un ordre moral et idéal préexiste sans que les politiques ne s'en saisissent, et sur lequel elles ne semblent avoir aucune emprise. Les politiques de santé publique sont là pour limiter les dégâts, sans qu'il n'existe pour autant de volonté politique sous-jacente de réformer les choses en profondeur. Dans une visée féministe matérialiste, on pourrait analyser ce phénomène en termes de rapports de domination entre les sexes : ce n'est qu'en dépassant le capitalisme que l'on pourra résoudre le problème de la domination inhérent à cette forme du système patriarcal (Thévenin, 2014). Dans cette idée, il ne s'agit pas pour les politiques publiques de dépasser le système dans lequel elles prennent place ; il n'est donc pas question d'abolir l'oppression des sexes en termes d'identité de classe (Mathieu, 2013), mais simplement de protéger au mieux la santé mentale de la population féminine en limitant l'impact potentiel de l'idéal normatif genré.

Penser l'anorexie comme étant uniquement conséquence à l'idéal normatif féminin peut avoir ses propres limites, puisque cela revient à envisager l'anorexie mentale comme une construction sociale. Cette vision est réductrice, d'une part parce que l'on voit bien que ce trouble a une étiologie multifactorielle ; d'autre part, analyser l'anorexie mentale en termes de construction sociale est problématique, en ce que c'est une maladie mortelle qui touche des personnes : « L'anorexie doit sans doute relever en partie d'une quelconque construction sociale. [...] Mais cela n'aide aucunement les filles et les femmes qui en souffrent » (Hacking, 2008 : 15). Le pouvoir de l'idéal normatif dans le cas de l'anorexie mentale est ainsi à mesurer, et à comprendre comme un facteur explicatif sans pour autant l'ériger en explication totale.

Étudier l'anorexie mentale du point de vue de l'anthropologie présente ainsi de multiples intérêts. Il s'agit en premier lieu d'étudier l'anorexie mentale pour elle-même, en tant que pathologie mentale et trouble spécifique. Il faut également l'étudier pour ses conséquences sur les personnes qui sont concernées en première ligne, que ce soient les malades ou leurs familles, et pour les relations qui se mettent en place autour de la maladie à plusieurs niveaux : ceci peut concerner aussi bien, dans différentes optiques, le corps médical que les médias. L'anorexie mentale donne également beaucoup à voir des représentations sociales et culturelles, et plus largement de l'ordre moral et idéal qui semble présupposer ce trouble. Enfin, l'anorexie doit être étudiée pour ce qu'elle donne à comprendre de l'organisation sociale globale et politique qui l'encadre et la régule. Il serait intéressant, pour mieux envisager ces phénomènes, de porter un regard plus large sur les troubles du comportement alimentaire : ainsi, on pourrait imaginer sans difficulté qu'une étude comparée sur les restrictions à l'excès et l'absorption compulsive de nourriture puisse nous éclairer à la fois sur les normes relatives au corps et à l'alimentation, sur les conceptions médicales du poids et du corps sain, ainsi que sur les politiques de santé publique mises en place pour tenter de limiter ces phénomènes actuels. Un prochain travail pourrait alors se prolonger dans cette perspective, en envisageant de manière plus globale ce que les troubles du comportement alimentaire disent des sociétés dans lesquels ils sont présents.

Bibliographie

- AMADIEU Jean-François, 2005 (2002), *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire*, éd. Odile Jacob, Paris.
- ARNOULT Audrey, 2013, « La médiatisation des troubles liés à l'adolescence dans la presse quotidienne nationale française (1995-2009) », in *Communication*, vol. 31/2.
- BELL Rudolph M., 1994 (1985), *L'anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours*, coll. Le fil Rouge, éd. Presses Universitaires de France, Paris.
- BENNETT Dinah, SHARPE Michael, FREEMAN Chris, CARSON Alan, 2004, « Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 185, pp. 312-317.
- BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26e année, n° 1, pp. 205-233.
- BORZEKOWSKI Dina L. G., SCHENK Summer, WILSON Jenny, PEEBLES Rebecka, 2010, « e-Ana and e-Mia : A Content Analysis of Pro-Eating Disorders Web Sites », in *American Journal of Public Health*, vol. 100 (8), pp. 1526-1534.
- BRADRINATH B.R., 1990, « Anorexia nervosa in adolescents of Asian extraction », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 156, pp. 565-568.
- BRUCH Hilde, 1979, *L'Énigme de l'anorexie: la cage dorée*, éd. Presses Universitaires de France, Paris.
- BRUCH Hilde, 1990, *Conversations avec des anorexiques*, éd. Payot, Paris.
- BRUMBERG Joan Jacobs 2000 (1988), *Fasting girls : the history of anorexia nervosa*, éd. First vintage books, New-York.
- BUCHAN T. & GREGORY L.D., 1984, « Anorexia nervosa in a black Zimbabwean », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 326, pp. 326-330.
- BUVAT J., LEMAIRE A., ARDAENS K., 1983, « Profil des hormones gonadiques dans 8 cas d'anorexie mentale masculine étudiés avant et au cours de la reprise de poids », in *Annales d'endocrinologie*, vol. 44, n° 4, pp. 229-234.

- BYNUM Caroline, 1994 (1987), *Jeûnes et festins sacrés, Les femmes et la nourriture dans la spiritualité médiévale*, éd. du Cerf, Paris.
- CAILLOIS Roger, 1976 (1958), *Les jeux et les hommes : Le masque et le vertige*, éd. Folio, Paris.
- CANGUILHEM Georges, 2011 (1966), *Le normal et le pathologique*, éd. Presses Universitaires de France, Paris.
- CHAMBRY Jean & AGMAN Gilles, 2006, « L'anorexie masculine à l'adolescence », in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 49, n° 2, pp. 477-511.
- CHEN Zheng Feng, MITCHELL James E. et al., 1992, « The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China », in *International Journal of Eating Disorders*, vol. 12, n° 2, pp. 209-214.
- CORBIN Alain, 2005, « La rencontre des corps », in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, sous la direction de CORBIN Alain, éd. du Seuil, Paris, pp. 151-217.
- COURTINE Jean-Jacques, 1993, « Les stakhanovistes du narcissisme », in *Communications*, n° 56, pp. 225-251.
- COURTINE Jean-Jacques, 2006, « Le corps anormal. Histoire et anthropologie culturelles de la difformité », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 209-273.
- COUSTEAUX Anne-Sophie & PAN KE SHON Jean-Louis, 2008, « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », in *Revue française de sociologie*, vol. 49, pp. 53-92.
- CRENSHAW Kimberlé, 1991, « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », in *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, pp. 1241-1299.
- DARMON Muriel, 2008 (2003), *Devenir anorexique*, éd. La Découverte, Paris.
- DEVAUD C., MICHAUD P.A., NARRING F., 1995, « L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires », in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 43, n° 4, pp. 347-360.

- DURIF-BRUCKERT Christine, 2003, « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », in *Champ psy*, n° 29, pp. 71-95.
- EHRENBURG Alain, 1998, *La fatigue d'être soi, Dépression et société*, éd. Odile Jacob, Paris.
- ESTOUR B., GALUSCA B., GERMAIN N., 2012, « Conséquences somatiques de l'anorexie mentale », in *Médecine des maladies Métaboliques*, vol. 6, n° 2, pp. 131-136.
- FISCHLER Claude, 2001, *L'Homnivore*, éd. Odile Jacob, Paris.
- FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, coll. Tel, éd. Gallimard, Paris.
- GARRETT C., 1998, *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GÉLIS Jacques, 2005, « Le corps, l'Église et le sacré, in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, sous la direction de VIGARELLO Georges, éd. du Seuil, Paris, pp. 17-113.
- GOOD Byron J., DEL VECCHION GOOD Mary-Jo et Subandi, 2001, « Le sujet de la maladie mentale : psychose, folie furieuse et subjectivité en Indonésie », in *La maladie mentale en mutation, Psychiatrie et société* (sous la direction de EHRENBURG Alain et LOVELL Anne), éd. Odile Jacob, Paris.
- GRALL Jean-Christophe & CAMILLERI Eleonore, 2008, « La publicité et la loi », in *Revue des marques*, n° 63.
- GREMILLION Helen, 2003, *Feeding anorexia*, Duke University Press.
- GUILLEMOT Anne & LAXENAIRE Michel, 1997, *Anorexie et boulimie. Le poids de la culture*, 2^{ème} édition, coll. Médecine et psychothérapies, éd. Masson, Paris.
- GUINGAND Pascal, 2004, *Anorexie et inédie : une même passion du rien ?*, coll. Hypothèses, éd. Erès, Paris.
- HACKING Ian, 2002, *Les Fous voyageurs*, coll. Les Empêcheurs de tourner en rond, éd. Le Seuil, Paris.
- HACKING Ian, 2008 (1999), *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, éd. La Découverte, Paris.

- HÉRITIER Françoise, 1996, *Masculin / Féminin 1 - La pensée de la différence*, éd. Odile Jacob, Paris.
- HERMAN B., 1999, « Prise en charge des dénutritions graves des anorexies mentales », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 47, n° 7-8, pp. 322-329.
- INHORN Marcia C., 2006, « Defining Woman's Health », in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 20, n° 3, pp. 345-378.
- KAFKA Franz, 1990 (1924), « Un artiste de la faim », in *Un artiste de la faim et autres récits*, éd. Gallimard, Paris.
- KHANDELWAL S.K., SHARAN Pratap et SAXENA Shekhar, 1995, « Eating Disorders : an Indian Perspective », in *Journal of Social Psychiatry*, vol. 41, n° 2, pp. 132-146.
- KUBOKI Tomifusa, NOMURA Shinobu, IDE Masahiro, SUEMATSU Hiroyuki, ARAKI Shukuro, 1996, « Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan », in *Psychiatry Research*, vol. 62, n° 3, pp. 285-286.
- LACAN Jacques, 1994, *Le séminaire VI : La relation à l'objet (1956-1957)*, éd. du Seuil, Paris.
- LACAN Jacques, 1994, *Le séminaire XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)*, éd. du Seuil, Paris.
- LAMBERT M., LION L., VANDERDONCKT J., MAITER D., 1997, « Anomalies endocriniennes de l'anorexie mentale », in *Revue française d'endocrinologie clinique, nutrition et métabolisme*, vol. 38, n° 6, pp. 569-577.
- LAQUEUR Thomas, 1992, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, éd. Gallimard, Paris.
- LE BRETON David, 2000, *Passions du risque*, suites Sciences Humaines, éd. Métailié, Paris.
- LE HEUZEY Marie-France, 2003, *L'enfant anorexique. Comprendre et agir*, éd. Odile Jacob, Paris.
- LEE Sing, 1996, « Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome », in *Social Science Medicine*, vol. 42, n° 4, pp. 21-34.

- LEE Sing, 1997, « How lay is lay ? Chinese students' perceptions of anorexia nervosa in Hong Kong », in *Social Science Medecine*, vol. 44, n° 1, pp. 491-502.
- LEE S., CHIU H.F., CHEN C.N., 1989, « Anorexia nervosa in Hong Kong. Why not more in Chinese? », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 154, pp. 683-688.
- LOPEZ Sandra & NIGOLIAN Irène, 2006, « Les yeux rivés vers le ciel », in *Adolescence*, n° 2, pp. 429-436.
- LÖWY Ilana, 2006, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, coll. Le genre du monde, éd. La Dispute, Paris.
- MAÎTRE Jacques, 2000, *Anorexies religieuses, Anorexies mentales. Essai de psychanalyse sociohistorique*, éd. du Cerf, Paris.
- MATHIEU Nicole-Claude, 2013 (1991), *L'anatomie politique, catégorisations et idéologies de sexe*, éd. iXe, Donnemarie-Dontilly.
- MEAD Margaret, 1971 (1970), *Le Fossé des générations*, coll. « Bibliothèque Médiations », éd. Denoël, Paris ; traduit de l'américain par Jean Clairevoie, titre original : *Culture and commitment. A study of the generations gap*, Margaret Mead / Doubleday and C°, Inc., New-York.
- MEURET Isabelle, 2006, *L'anorexie créatrice*, coll. 50 questions, éd. Klincksieck, Paris.
- MICHAUD Yves, 2006, « Visualisations. Le corps et les arts visuels », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 431-451.
- MOULIN Anne Marie, 2006, « Le corps face à la médecine », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 15-71.
- NOBAKHT Minoo & DEZHKAM Mahmood, 2000, « An epidemiological study of eating disorders in Iran », in *International Journal of Eating Disorders*, vol. 28, n° 3, pp. 265-271.
- NWAEFUNA Abua, 1981, « Anorexia nervosa in a developing country », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 138, pp. 270-271.
- ORGIAZZI-BILLON-GALLAND Isabelle & CHAPPAZ Michèle, 2002, « Anorexies féminine et masculine : comparaison », in *Cahiers de psychologie clinique*, n° 18, pp. 139-157.

- ORY Pascal, 2006, « Le corps ordinaire », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 133-167.
- PWEZNER-APELOIG E., 2005, « Inédie et anorexie. Une histoire du jeûne extrême en Occident », in *Annales Médico psychologiques*, n° 163, pp. 261-268.
- PWEZNER-APELOIG E., 2005, « Psychologie universelle, psychologie plurielle : la psychologie est-elle une production culturelle ? », in *Annales Médico psychologiques*, n° 163, pp. 105-107.
- RAIMBAULT Ginette & ELIACHEFF Caroline, 2001 (1989), *Les Indomptables. Figures de l'anorexie*, éd. Odile Jacob, Paris.
- SELVINI Maria, 1974, *Self-Starvation*, éd. Chaucer, Londres.
- SOHN Anne-Marie, 2006, « Le corps sexué », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 95-132.
- SUEMATSU Hiroyuki, ISHIKAWA H., KIBOKI Tomifusa, ITO T., 1985, « Statistical Studies on Anorexia nervosa in Japan : Detailed Clinical Data on 1,011 Patients », in *Psychother Psychosom*, n° 43, pp. 96-103.
- THÉVENIN Nicole-Edith, 2014, « Le féminisme rejoint la pensée marxiste », in *l'Humanité*, vendredi 7 mars.
- THOMAS J.P. & SZMUKLER G.I., 1985, « Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction », in *The British Journal of Psychiatry*, n° 146, pp. 653-656.
- TINAT Karine, 2006, « Le contrôle extrême de la nourriture. Un regard sur l'anorexie mentale à Mexico », in le *Journal des anthropologues*, n° 106-107, pp. 105-122.
- VENEL J.A., 1776, *Essai sur la santé et sur l'éducation médicale des filles destinées au mariage*, éd. Société littéraire et typographique, Paris.
- VENISSE J.L., 2011, « Repères de l'approche thérapeutique de l'anorexie mentale », in *Correspondances en MHDN*, vol. 15, n° 9-10, pp. 325-330.
- VIGARELLO Georges, 2004, *Histoire de la beauté. Le corps et l'art de l'embellir de la Renaissance à nos jours*, éd. du Seuil.

- VIGARELLO Georges, 2005, « S'exercer, jouer », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, sous la direction de VIGARELLO Georges, éd. du Seuil, Paris, pp 247-317.

- VIGARELLO Georges & HOLT Richard, 2005, « Le corps travaillé. Gymnastes et sportifs au XIX^e siècle », in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, sous la direction de CORBIN Alain, éd. du Seuil, Paris, pp. 312-388.

- VIGARELLO Georges, 2006, « S'entraîner », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, sous la direction de COURTINE Jean-Jacques, éd. du Seuil, Paris, pp. 169-206.

- WINDELS Marie, 2010, « Les blogueuses pro-ana. Des idéologues de la maigreur sur internet », in *Adolescence*, n°72, pp. 433-442.

- YAP P. M., 1951, « Mental diseases peculiar to certain cultures », *Journal of Mental Science*, n° 97, pp. 213-217.