

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UNE MALADIE DU SENS ?
INDIVIDU ET SOCIÉTÉ DANS LES REPRÉSENTATIONS SCIENTIFIQUES
DES TROUBLES ALIMENTAIRES

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR
LAURENCE GODIN

MAI 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.03-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La rédaction de cette thèse a été une expérience des plus riches et ce, grâce au soutien que j'ai reçu de ceux qui ont croisé mon chemin pendant ces quatre années. Je souhaite tout d'abord exprimer ma reconnaissance à Marcelo Otero, mon directeur de recherche, qui m'a accordé à la fois sa confiance et la liberté d'explorer jusqu'au bout les possibilités qu'offrait le thème de cette recherche et les idées qui pouvaient y être développées. Son travail aussi fécond que rigoureux demeure un modèle et une inspiration. Je tiens de même à exprimer toute ma reconnaissance à Madeleine Pastinelli pour son support et ses conseils toujours avisés, tant en regard de mes travaux de recherche et de ma vie académique que de ma vie personnelle. Mes remerciements également aux membres du jury, dont la lecture attentive et les commentaires qui l'ont suivie m'ont permis de faire aboutir la réflexion que vous trouverez dans les pages qui suivent.

Il m'est essentiel de souligner la générosité de Flurin Condrau, directeur de la Chaire d'histoire de la médecine de l'Université de Zurich, qui m'a accueillie dans son institution pendant un an et m'a offert le contexte rêvé pour mener à terme la rédaction de cette thèse. Les ressources mises à ma disposition et l'environnement intellectuel que j'y ai trouvé ont joué un rôle majeur dans le succès de cette entreprise et je ne saurais trop l'en remercier. Merci aussi à toute l'équipe qui fait de la Chaire un milieu fort agréable à vivre et qui a grandement adouci la tâche exigeante qu'est la rédaction.

Ces années de thèse ont été marquées par un grand nombre de déplacements et autant de défis que je n'aurais pas pu relever sans le support constant de ma famille et de mes amis de part et d'autre de l'Atlantique. Mes remerciements, donc, à tous ceux et celles qui ont bien voulu me lire, me corriger et me commenter, mais qui ont aussi pris le

temps de discuter mes idées et ont ainsi contribué à leur raffinement. Ils ont représenté pour moi un appui précieux dans les moments difficiles qui ont ponctué mon parcours. Il me faut mentionner le support aussi précieux qu'inattendu d'Emilie Dionne, mais aussi la générosité de Catherine Ellyson, Joana Luz, Andrée-Anne Bolduc et Benjamin Ducol, qui sont chacun à leur manière intervenus pour aplanir les obstacles qui jonchent les dernières semaines de la thèse. À Berlin, Rachel, Bea, Rudy, Nico et Sophie ont créé un environnement riche ce qui, toutes choses étant liées, se répercute dans le texte. Je tiens de même à faire mention du support constant de mon père et de ma soeur, qui m'ont encouragée dans mes choix parfois inorthodoxes et m'ont donné l'audace de prendre des risques qui se sont avérés des plus féconds.

Je tiens finalement à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour le soutien financier accordé à ce projet de recherche.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	iii
Résumé.....	xi
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	
REGARD SUR LA MALLÉABILITÉ DE L'OBJET	13
Chapitre I.	
L'anorexie et la boulimie comme objets de connaissance	15
1.1 L'invention médicale des troubles alimentaires	17
1.2 La stabilisation des concepts.....	22
1.3 Épidémiologie, classes sociales et appartenance ethnique.....	26
1.4 Compter les anorexiques et les boulimiques.....	29
1.5 Y a-t-il aujourd'hui une épidémie d'anorexie mentale ?	32
1.6 Usages idéologiques et politiques des troubles alimentaires	38
Chapitre II.	
Corps, subjectivité et normativité	43
2.1 Désordre mental, problème social ou problème du social ?.....	44
2.2 Le corps hors-norme comme limite du social	49
2.3 Difficultés méthodologiques	56
2.4 Pratiques du corps anorexique ou boulimique	58
2.5 Vers l'étude sociologique des concepts d'anorexie et de boulimie	61
2.6 Question et objectifs de recherche	64
2.7 Deux modernités, trois individualismes.....	68

Chapitre III.	
Méthodologie	75
3.1 Délimiter le terrain	75
3.1.1 Le paradigme biomédical	78
3.1.2 L'approche par la famille	80
3.1.3 Le courant psychanalytique	82
3.1.4 La psychologie féministe et l'analyse sociale	84
3.1.5 Les neurosciences cognitives et sociales	86
3.1.6 L'épigénétique	86
3.2 Constitution du corpus	87
3.3 Analyse de contenu	89
3.4 Limites et biais de l'enquête	93
DEUXIÈME PARTIE	
LE PROBLÈME DE L'INTENTION	95
Préambule	97
Chapitre IV.	
Le paradigme biomédical et le modèle socioculturel	105
4.1 Un défaut du développement sexuel ?	107
4.2 Une quête effrénée de minceur ?	110
4.3 Classe sociale et origine ethnique	114
4.4 Injonction à la minceur, anorexie et boulimie : une chaîne causale	116
4.5 La question du continuum et la vulnérabilité	121
4.6 L'anorexie mentale est-elle un <i>culture-bound syndrome</i> ?	124
4.7 L'énigme de l'anorexie sans <i>fat phobia</i>	127
4.8 L'hypothèse de la transition culturelle	130

Chapitre V.

Familles anorexiques et boulimiques.....	137
5.1 Hilde Bruch : derrière la fiction de l'enfant modèle	139
5.2 La théorie des systèmes familiaux	145
5.3 Des observations cliniques aux enquêtes scientifiques.....	150
5.4 Dynamiques familiales et avenues thérapeutiques.....	155
5.5 L'effritement du modèle	159
5.6 L'approche psychanalytique française.....	160
5.7 Sociétés de consommation et déclin de la fonction paternelle.....	165

Chapitre VI.

Une saisie par le social.....	175
6.1 Premières analyses féministes : l'aliénation	176
6.2 Anorexie et capitalisme.....	183
6.3 Le paradigme post-structuraliste.....	190
6.4 Performance, surveillance et spectacle	192
6.5 La production discursive des troubles alimentaires	197
6.6 Pratiques, morale et spiritualité.....	202

Chapitre VII.

Excursus sur les neurosciences et l'épigénétique	211
7.1 Problèmes cognitifs.....	212
7.2 Un modèle explicatif et ses conséquences thérapeutiques.....	215
7.3 Les réponses thérapeutiques et la question du lien social	218
7.4 L'émergence de l'épigénétique	220

TROISIÈME PARTIE	
VERS UNE SOCIOLOGIE DE LA CHAIR	227
Chapitre VIII.	
De la psychologisation à la biologisation des problèmes sociaux ?	229
8.1 Une critique en deux mouvements de la normativité.....	231
8.2 Problèmes publics et problèmes sociaux.....	235
8.3 Au-delà du concept de problème social	239
8.4 Individualisme, autonomie et responsabilité.....	242
8.5 De l'individu psychologique au récit neurologique	247
8.6 Corps, esprit et vie sociale dans les neurosciences	251
Chapitre IX.	
L'expérience du corps et les troubles mentaux	259
9.1 L'expérience sensible de la maladie mentale	261
9.2 Déviance et pathologie : une hypothèse.....	267
9.3 Corps et espaces	272
9.4 Émotions et sensations	279
9.5 Le langage, ses limites et les sensations comme fait social	284
CONCLUSION.....	289
ANNEXES.....	295
Annexe A.	
Détail du corpus : le paradigme biomédical	297
Annexe B.	
Détail du corpus : l'analyse par la famille	301
Annexe C.	
Détail du corpus : l'approche psychanalytique.....	305
Annexe D.	
Détail du corpus : l'analyse sociale et féministe.....	307

Annexe E.	
Détail du corpus : les neurosciences cognitives et sociales	311
Annexe F.	
Détail du corpus : l'épigénétique	313
Annexe G.	
Détail du corpus : récits et ethnographies	315
RÉFÉRENCES CITÉES	317

RÉSUMÉ

Dans les années 1970, l'anorexie mentale a fait une entrée fracassante dans l'espace public, suivie de près par la boulimie, dont on se préoccupe depuis les années 1980. Assez rapidement, on attribue à ces deux troubles une origine sociale. Seulement, on peine à l'identifier et à la comprendre. Un sentiment d'urgence se développe et la nécessité de faire sens de ces phénomènes s'impose. Il faut dire que les rumeurs d'une épidémie de troubles alimentaires courent depuis plusieurs années déjà, laquelle est perçue comme une preuve qu'ils sont bel et bien des conséquences directes des traits dominants de nos sociétés. Or, de l'expérience psychologique de l'anorexie et de la boulimie jusqu'à la production de données épidémiologiques sur la question, elles se donnent comme un défi à la connaissance.

Les représentations courantes des corps anorexiques et boulimiques ne sont pas étrangères à ce phénomène. Non seulement les corps hors-normes représentent, à bien des égards, les limites du social normal et acceptable, mais ils revêtent aussi une signification morale. De ce point de vue, l'anorexie et la boulimie semblent jeter un pavé dans la mare du lien social. En conséquence, les discours sur la dimension sociale des troubles alimentaires encapsulent nécessairement un ensemble de représentations de l'individu, du lien social et de la relation qui les unit.

Ces idées en tête, j'ai mené une analyse des différents discours scientifiques sur la dimension sociale des troubles alimentaires. Quatre grands courants ont été étudiés : l'analyse psychiatrique et biomédicale, l'approche par la famille et la psychanalyse, la saisie par le social rattachée, entre autres, aux *gender studies* et, finalement, les développements récents en neurosciences cognitives et sociales. Dans cette littérature, on voit émerger une critique en deux temps du rapport à la norme : d'un côté, la norme serait intrinsèquement problématique et porterait la pathologie en germe. De l'autre, anorexiques et boulimiques souffriraient de trop y adhérer et ne sauraient pas se placer à distance des significations qui organisent la vie en société. Les troubles alimentaires seraient, de ce point de vue, une maladie du sens.

Avec l'émergence des neurosciences, on voit s'opérer une reformulation de la question du social dans les troubles alimentaires. En délaissant les significations au profit des processus cognitifs et neuronaux, les neurosciences abandonnent la recherche de potentielles causes sociales pour plutôt étudier l'expérience que font les femmes anorexiques et boulimiques d'elles-mêmes et de leur environnement, les biais cognitifs qui organisent cette expérience et les conséquences de ces biais sur les interactions

quotidiennes. Si la psychologisation de la vie sociale est au nombre des préoccupations actuelles de la sociologie, l'analyse de l'expérience du social à partir des processus neuronaux déplace le regard. On n'interprète plus seulement les difficultés individuelles en termes de vulnérabilité psychologique, mais aussi à partir de défauts biologiques. Ce récit émergeant a pour effet de situer le problème à distance de l'individu, dans la mesure où la biologie est comprise comme un impondérable sur lequel il n'a que peu de prise, mais aussi de l'inscrire au plus près de son corps, dans sa chair même.

Ironiquement, le corps tel que vécu et ressenti est le grand absent de la littérature sur la dimension sociale des troubles alimentaires. Or, il semble que son inclusion dans l'analyse permet de contourner les pièges inhérents à la lecture de l'anorexie et de la boulimie à partir du sens, qui pose nombre de difficultés épistémologiques. De ce point de vue, je propose d'opérer une distinction entre le moment déviant et le moment pathologique de la maladie mentale. Le moment déviant se rattache ici aux normes sociales et à leur transgression, essentielle au processus d'identification et de définition d'un trouble mental. Le moment pathologique serait plutôt à comprendre à partir d'une expérience du corps, des émotions et des sensations qui lui serait propre. Il s'agit ici de désenclaver l'analyse pour qu'elle sorte du seul domaine du « mental » et s'ouvre à ces éléments essentiels de la vie subjective que sont le corps et ses affects. Ce faisant, la sociologie de la santé mentale serait mieux outillée pour rendre compte de la relation indéfectible qui unit l'expérience intime et subjective d'un trouble mental et son caractère toujours social.

Mots-clés : troubles alimentaires, santé mentale, corps, normes sociales, problèmes sociaux.

Keywords : eating disorders, mental health, body, social norms, social problems.

INTRODUCTION

À la fin des années 1970, l'anorexie mentale était encore une bizarrerie psychiatrique, largement méconnue du grand public. Elle n'était alors l'affaire que d'une poignée de spécialistes appelés, d'une manière ou d'une autre, à oeuvrer auprès de ces jeunes femmes qui, sans raison apparente, refusent de se nourrir et maigrissent à vue d'oeil. On soupçonnait déjà que le problème puisse être (aussi) d'origine sociale – seulement, les disciplines outillées pour explorer la question ne s'y intéressaient que peu, ou pas du tout. Puis, en l'espace d'une décennie, la situation s'est radicalement transformée. L'anorexie a commencé à faire la une des revues à sensation, on la rencontrait dans les journaux, dans les romans, sur les plateaux de tournage. On s'en inquiétait à l'école, dans les familles. Avec la boulimie, qui a émergé un peu plus tard, elle est devenue l'un des risques bien connus de l'adolescence. On a rapidement associé, dans l'imagination populaire comme dans l'esprit des spécialistes, troubles alimentaires et injonction à la minceur. Celle-ci s'est par ailleurs continuellement renforcée au cours des dernières décennies. Les modèles à suivre sont de plus en plus maigres, tandis qu'être mince et être en santé deviennent progressivement équivalents (Guillen et Barr, 1994; Luff et Gray, 2009). Aujourd'hui encore, la popularité de l'anorexie – sans doute le plus *glamour* des troubles psychiatriques – ne se dément pas.

Le phénomène dans son ensemble pose nombre de questions à la sociologie. D'abord, pourquoi cette visibilité soudaine des troubles alimentaires alors que, malgré les apparences, il n'est pas certain que leur incidence ait, depuis les années 1970, augmenté aussi radicalement qu'on aime le dire ? Il est vrai que la minceur, le contrôle du corps, l'esprit compétitif et le penchant pour la performance caractéristiques de l'anorexie entrent fortement en résonance avec les termes de la normativité contemporaine. Si la

sociologie s'est tenue à l'écart du problème, d'autres se sont chargés d'élucider l'épineuse question de la relation entre anorexie, boulimie et société. Les diverses sciences médicales, la psychanalyse, les études féministes et les *gender studies* ont mis l'épaule à la roue, cherchant parfois dans la société des réponses aux questions sur les troubles alimentaires, parfois l'inverse. Il en résulte un ensemble de discours qui permet d'apercevoir une grande variété de représentations de ces troubles, mais aussi des individus qui en souffrent et des sociétés dans lesquelles ils surviennent. Ces discours seront l'objet de la thèse dont j'expose ici les bases.

Ce qui transparaît d'abord à la lecture des multiples écrits sur l'anorexie et la boulimie, c'est une impérieuse nécessité de faire sens du phénomène. Faire sens : j'entends par là octroyer une cohérence à ce qui en paraît dénué, ramener dans l'ordre social ce qui semble lui échapper et rendre accessible à la compréhension ce qui se montre de prime abord comme absurde et sans fondement. La tâche est dans le cas présent d'autant plus urgente que l'anorexie, la boulimie et les corps qui leur sont associés peuvent être interprétés comme un refus des règles qui régissent la vie en société. En fait, en mettant en cause l'alimentation, ces troubles s'attaquent à l'un des piliers anthropologiques du lien social et mettent en évidence les frontières du social normal et acceptable.

Lorsque j'ai entrepris d'explorer la littérature sur l'anorexie et la boulimie, je cherchais surtout une conceptualisation du problème assez solide pour y asseoir ma réflexion et assez souple pour ne pas trahir la diversité des expériences singulières, que j'aurais documentées par une enquête de terrain. Or, ce que je lisais soulevait continuellement des nouvelles questions et apportait bien peu de réponses. Cette littérature est donc devenue l'objet de mon enquête. Le problème y est principalement abordé à partir de trois points de vue : celui de la pathologie, où l'anorexie et la boulimie sont considérées comme la conséquence de conflits intra-psychiques, celui de la culture, où le problème est présenté comme le fruit de normes sociales intrinsèquement problématiques, et

celui de la déviance, où l'on s'intéresse à la manière dont les anorexiques et les boulimiques dérogent des normes sociales et les mettent en cause. Chacun de ces points de vue rend compte d'un aspect particulier des troubles alimentaires. Cependant, aucun ne permet d'embrasser la totalité du phénomène. Ainsi, l'anorexie et la boulimie ne sont pas que des pathologies, mais sont comprises, traitées et souvent vécues comme tel. Elles ne sont probablement pas seulement un phénomène social ou culturel, mais ne peuvent pas être comprises hors des normes qui constituent, comme le formule Otero, « la *chair du social* » (2008, p. 134). Elles sont une déviance, mais les traiter de ce seul point de vue limite la portée de la réflexion. En conséquence, les troubles de l'alimentation seront ici considérés comme une expérience du corps pratiqué et ressenti, un style particulier d'incarnation ou d'*embodiment* qui met en question les termes de la normativité contemporaine et modèle l'expérience que les femmes¹ touchées font d'elles-mêmes et de leur environnement.

Étrangement, le corps est à la fois au centre et absent des propos sur la question. Tout se passe comme si, devant l'urgence de comprendre les troubles alimentaires et d'en faire sens, on s'était tout de suite lancé en interprétation et en spéculation, sans s'arrêter sur ce dont les anorexiques et les boulimiques font concrètement l'expérience. On lit leur corps en tâchant de deviner quelles peuvent bien être leurs intentions et les motifs derrière leurs actions, sans toutefois disposer du matériel d'enquête qui permettrait d'ancrer l'analyse et l'interprétation dans la réalité empirique. Autrement dit, on en fait des maladies du sens. En considérant l'anorexie et la boulimie comme expériences du corps, on revient à ces phénomènes tels qu'ils se donnent à vivre, ce qui fournit une base solide à la réflexion. Le caractère somme toute désincarné de la littérature sur l'anorexie mentale et boulimie la rend, c'est le deuxième argument que je défendrai, hautement perméable aux idées, aux normes et aux valeurs qui organisent la vie sociale.

¹ La vaste majorité des personnes qui souffrent de troubles alimentaires étant des femmes, le genre féminin sera utilisé pour les désigner tout au long du texte.

Autrement dit, cette littérature est aussi idéologique. C'est ainsi que le discours savant, si objectif qu'il se veuille, en vient souvent à affirmer et à reproduire la norme, à marquer les limites du normal et du sain. L'examen de ce discours devrait contribuer à mettre en lumière certains contours normatifs de l'individu contemporain.

Il me faut préciser : je ne soutiens pas ici qu'il soit superflu ou erroné d'étudier le sens accordé à la maladie. Nous le verrons, elle est toujours une expérience signifiante qui met en jeu la vie, la mort et la manière d'être dans le monde. Du diagnostic à la rémission, c'est d'abord et avant tout ce sens qu'on manipule et qui définit la position de l'individu en regard de lui-même, de ses proches et de la société au sens large (à ce propos, voir ACSM-Montréal, 2015). Je ne nie pas non plus le fait que la définition de la maladie soit avant tout le fruit d'un travail symbolique par lequel on organise, découpe ou structure la vie biologique pour y créer des entités pathologiques, qui seront plus tard traitées comme autant de catégories naturelles. Aronowitz dénonce à cet effet « l'illusion que nous pourrions appréhender directement le noyau biologique de la maladie, indépendamment des attitudes, des croyances et des conditions sociales » (1999, p. 33). On peut bien supposer une ontologie à la maladie de Lyme, à l'angine de poitrine ou aux maladies coronariennes, pour reprendre les exemples mobilisés par Aronowitz. Il n'en demeure pas moins que la réalité biologique, si elle est pensée comme naturelle et autonome, est indissociable des opérations sociales qui lui donnent forme.

Ce que je dispute, c'est l'adéquation que l'on tend à faire entre les causes des troubles alimentaires et le sens à partir duquel ils se donnent à vivre. Il est aisé de montrer les processus sociaux qui participent à la création des catégories « anorexie » et « boulimie » et de dégager les termes à partir desquelles les femmes concernées font sens de leur expérience. C'est une erreur toutefois que de penser pouvoir, dans le même mouvement, identifier les raisons qui les poussent à adopter les pratiques et les attitudes

qui nous mèneront à les comprendre et à interagir avec elles à partir de ces catégories. Étudier le sens des troubles alimentaires, ce n'est pas étudier leurs causes.

Cette thèse s'inscrit au croisement de la sociologie de la santé mentale, de la sociologie de l'individu et de la sociologie du corps, des émotions et des sensations. Elle prend part à la sociologie de la santé mentale de par son objet, mais aussi parce qu'elle s'attaque aux grandes questions qui l'animent. Pour l'essentiel, les différentes analyses de la dimension sociale de l'anorexie et de la boulimie visent à rendre compte de ce qui, dans le social, pose problème, ainsi que des défauts de l'individu et de son rapport à la normativité qui permettent l'adoption de pratiques désignées comme pathologiques. Par l'étude de la conception de la normativité et du lien social qu'on développe dans ces propos ainsi que de la manière dont elle évolue et se transforme, on peut approfondir la compréhension des dynamiques et des règles qui régissent la vie dans nos sociétés. Il faut dire que la littérature à l'étude non seulement reflète, mais contribue à la formation du système normatif. En observant la manière dont on comprend la dimension sociale des troubles alimentaires, on peut entrevoir, par la négative en quelque sorte, ce qui entre en jeu dans la formation de l'individu contemporain et les injonctions qui pèsent sur lui. L'infraction à la norme nécessairement imbriquée à ce qui est désigné comme trouble mental met en évidence les règles auxquelles l'individu doit se conformer.

À ce point, non seulement la sociologie de la santé mentale et la sociologie de l'individu se rencontrent, mais on plonge au coeur des questionnements sociologiques fondamentaux. Sur la sociologie, Éric Gagnon (2008) écrit qu'elle est tout entière organisée autour de l'écart que produit la modernité entre l'individu et la société, entre le sujet et l'univers de significations qui participent de sa formation. C'est dans cet écart que prennent place les analyses que je développe dans les pages qui suivent. Le sujet sera ici compris comme le point de rencontre de l'ensemble des relations et des

significations qui organisent l'expérience de l'individu dans un contexte particulier. L'individu sera alors défini à la fois comme institution et comme processus. Comme institution d'abord, parce que la forme que prend l'individu est indépendante de sa volonté, qu'elle l'a précédé et qu'elle le suivra. Pour reprendre les termes de Berger et Luckmann (1986), une institution est un ensemble de significations autonomes qui sont constamment réaffirmées et réappropriées par les groupes sociaux. Le fait que chacun se vive comme individu, et pas autrement, est d'abord un fait social, et les différentes formes de l'individualité sont autant de constructions qui existent et opèrent au-delà des individus eux-mêmes. C'est par ailleurs l'avènement de cette forme particulière d'être au monde que décrit Louis Dumont (1983) dans ses *Essais sur l'individualisme*. En accord avec les propositions de Norbert Elias (1991) et, plus tard, de Jean-Claude Kaufmann (2004, 2007), je comprends également l'individu comme un processus parce que, malgré l'illusion d'une continuité et d'une cohérence à travers le temps, il se transforme constamment à partir de son environnement immédiat et des mutations sociales plus larges. Il est un objet mouvant et la sociologie peut étudier les dynamiques qui se cachent derrière ses transformations continues.

Finalement, cette thèse est partie du champ émergent de la sociologie du corps, des émotions et des sensations dans la mesure où ces trois éléments représentent le cœur de l'expérience anorexique et boulimique. Pour comprendre comment s'arriment anorexie, boulimie et société, il est indispensable de saisir le vécu sensible et le vécu social dans un même mouvement. Or, dans les écrits sur les troubles alimentaires, ils sont le plus souvent laissés de côté et représentent, à bien des égards le chaînon manquant de la réflexion sur les troubles alimentaires comme phénomène social. Jusqu'à aujourd'hui, l'essentiel des travaux a été mené avec l'espoir de comprendre ce qui, dans nos sociétés, peut motiver les pratiques anorexiques et boulimiques. De ce point de vue, l'hypothèse forte d'une relation causale et directe entre les traits dominants de la normativité sociale et les troubles alimentaires n'a pas été confirmée.

Il est indéniable cependant que les sociétés dans lesquelles évoluent les femmes touchées jouent un rôle fondamental quant à l'expérience qu'elles font d'elles-mêmes, de leur trouble et du monde qui les entoure. Ce qui est généralement absent de la réflexion, c'est le corps comme médiateur de cette expérience. L'individu ne peut qu'éprouver et s'éprouver avec et à travers son corps. C'est vrai pour tous, mais plus encore pour les anorexiques, les boulimiques et tous ceux qui, souffrants, n'ont jamais le loisir d'oublier qu'ils sont, avant toute chose, un corps. L'enjeu, ici, sera de trouver les outils pour réintroduire le corps sensible dans la réflexion et parvenir à réfléchir ensemble ce que l'individu a de plus intime et son caractère fondamentalement social.

Tout au long du texte, il sera question de la dimension sociale des troubles alimentaires ainsi que de l'anorexie et de la boulimie comme phénomènes ou comme problèmes sociaux. Ces termes ne sont pas équivalents, et je les ai utilisés avec le plus de précision possible. Néanmoins, de ce point de vue, l'objet – ce que l'on dit sur ce qu'il y a de « social » dans les troubles alimentaires – peut paraître quelque peu informe. Il est à l'image de la représentation de la relation entre le lien social et les troubles alimentaires que l'on trouve dans le corpus à l'étude. Dans cette littérature, rarement s'arrête-t-on pour comprendre vraiment de quoi on parle quand on s'intéresse à la société et à la culture, à l'exception des analyses qui émanent des *gender studies*, de la sociologie ou de l'anthropologie. De ce fait, il m'a fallu composer avec ce flou et m'adapter pour rendre compte de l'élasticité de la notion de société dans ces travaux. Une cohérence apparaît néanmoins quant à la manière dont s'y traduisent les évolutions récentes du regard que l'on porte collectivement sur l'individu et son rapport à la normativité.

La conception du social qui organise cette littérature est par ailleurs affaiblie par le fait que la vaste majorité des auteurs ignorent nombre de considérations épistémologiques fondamentales lorsqu'ils traitent, entre autres, du sens des actions posées et des motivations qui se cacheraient derrière les pratiques anorexiques et boulimiques. La

réflexion scientifique sur les troubles alimentaires et sur leur dimension sociale se fonde ainsi sur l'idée que ce que ces femmes disent de leurs intentions ou de leurs motivations traduit effectivement le sens de leurs actions. Autrement dit, pour reprendre les termes de Jean Bazin (1998, p. 14), ces analyses s'appuient sur le postulat d'une adéquation entre la signification d'un énoncé, la représentation mentale de celui qui en parle et le sens effectif d'une action. Or, comme l'avance Pastinelli (2007, p. 17), « il ne va pas de soi pour autant que ce *sens-là* permette de circonscrire l'intelligibilité des actions ou du moins qu'il soit possible de s'en tenir à celui-ci ». En d'autres termes, le sens qu'on attribue à une action par le discours est distinct du sens mis en jeu dans l'action.

Bazin et Pastinelli, entre autres auteurs, invitent donc à distinguer la logique du discours et celle de la pratique, conférer un sens à une action étant une opération complexe indissociable du contexte dans lequel le discours est produit. L'étude de la construction du sens n'est pas vide ou inutile : elle dit bien quelque chose de l'expérience de l'individu, de son rapport à la normativité et de son insertion dans le lien social (Pastinelli, 2007). Il est cependant risqué de penser pouvoir accéder au sens d'une action ou à l'intention qu'elle cacherait à partir de ce qui en est dit. Or, c'est ce à quoi on consacre la plus large part du travail sur la dimension sociale des troubles alimentaires, qui se concentre d'abord et avant tout sur le « pourquoi » de ces postures et de ces pratiques.

Le problème de la construction du sens s'attache par ailleurs à celui de l'intention ou des motifs. Si Bazin et Pastinelli considèrent le sens qu'on attribue à une action comme une construction réflexive, Louis Quéré (2004, 2006) invite à considérer les motifs ou l'intention comme inhérents à l'action, comme faisant bloc avec elle, sans quoi on risque de trahir le phénomène étudié. C'est là un ensemble de distinctions qui se révéleront essentielles à l'argument que je développerai dans cette thèse. Car ce que

l'on cherche frénétiquement, ce cœur social des troubles alimentaires, on le cherche exactement dans ce qui refuse de se laisser traduire par le discours ou mesurer par des questionnaires, dans ce qui motiverait les pratiques déployées et les actions posées.

Comme le sens des actions qui font l'anorexie et la boulimie glisse constamment entre les doigts de ceux qui cherchent à les interpréter et à les comprendre, la tentation est forte – et plusieurs y succombent – d'étudier le phénomène à la faveur de métaphores, d'analogies, de jeux de mots, cherchant par là à révéler ce qui, dans les troubles alimentaires, paraît encore et toujours échapper à l'interprète. Il faut dire que l'anorexie comme la boulimie s'y prêtent bien. Or, l'examen de ces propos montre bien que l'adoption d'une telle stratégie ne fait qu'éloigner l'analyse du phénomène dont elle cherche à rendre compte et, pour ainsi dire, fait mentir l'objet. C'est pourquoi j'ai cherché autant que possible à éviter un tel procédé; si quelque chose comme un jeu de mot se pointe le nez dans le texte, c'est bien involontaire.

De même, je suis délibérément demeurée à distance des analyses par le genre. Non pas qu'une telle perspective soit inféconde : comme nous le verrons, les travaux à ce sujet sont nombreux et permettent de jeter un oeil nouveau sur le phénomène. Seulement, la saisie par l'individualité est beaucoup plus rare, alors qu'elle est à même de renseigner l'anorexie et la boulimie au moins autant que ces dernières peuvent contribuer à l'exploration d'aspects encore méconnus des sociétés contemporaines. Si cette thèse comporte un propos sur le genre, celui-ci consiste à dire que l'on perd à saisir l'expérience des femmes du seul point de vue du genre ou des modèles de féminité, que leur corps a assez souvent servi de support non pas à l'analyse du social, mais au diagnostic social, et que l'étude de phénomènes d'abord féminins, comme les troubles alimentaires, permet d'approfondir la compréhension de la société dans son ensemble autant que celle des dynamiques de genre. J'espère en faire la démonstration.

J'ai divisé la thèse en trois parties. Dans la première, je dresse un portrait de l'anorexie mentale et de la boulimie, de leurs définitions successives et des défis qu'elles posent au développement d'un savoir scientifique. Le premier chapitre est consacré à l'histoire des troubles alimentaires comme catégories diagnostiques et opère un survol des données épidémiologiques et des idées reçues sur la question. Notamment, j'observe de plus près la rumeur fort répandue d'une augmentation rapide et radicale du nombre de cas d'anorexie mentale et de boulimie depuis les années 1970. Dans le deuxième chapitre, je me concentre sur les difficultés que pose l'étude de la relation entre troubles alimentaires et normativité, laquelle est en grande partie organisée autour de la nécessité de faire sens des corps hors-normes que sont les corps anorexiques et boulimiques. J'y délimite également l'objet de la thèse et formule les questions et objectifs de recherche. Dans le troisième chapitre, je présente la méthode utilisée, de la constitution du corpus à l'analyse de contenu.

Dans cette première partie, il apparaîtra que l'esthétique anorexique et les affects soulevés par les pratiques anorexiques et boulimiques font écran au travail d'analyse : elles masquent les processus à l'oeuvre bien plus qu'elles n'offrent un appui à la compréhension. L'interprétation tend à s'engluer dans les paradoxes de la maigreur extrême. Le développement du savoir sur les troubles alimentaires est en ce sens le fruit de processus sociaux plus larges et les représentations de ces phénomènes sont aussi des représentations du social. Je m'attarde donc à cet enchevêtrement, alors que je livre une première description des troubles alimentaires. J'étudie dans un même mouvement les relations qui unissent la production des connaissances sur l'objet, les sociétés dans lesquelles ce processus prend place et les enjeux qui s'y greffent. Autrement dit, je tâche d'identifier les tensions sociales qui s'inscrivent dans les représentations savantes de l'anorexie et de la boulimie.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse des divers discours scientifiques sur l'anorexie et la boulimie comme phénomènes sociaux. Dans le quatrième chapitre, j'examine les enquêtes qui s'inscrivent dans le paradigme biomédical, pour une large part organisé autour de l'hypothèse d'une relation causale entre injonction à la minceur et troubles alimentaires, relation que l'on tente de qualifier et, surtout, de mesurer. Le cinquième chapitre s'attarde aux travaux qui émanent de la psychologie et de la psychanalyse. Ceux-ci s'inquiètent des problèmes de l'organisation familiale susceptibles de propulser le développement d'un trouble alimentaire soit par la création d'un individu vulnérable, soit par la mise en place d'un système de relations qui ne laisse aux jeunes femmes d'autre choix que de se tourner vers la nourriture pour exprimer des tensions qu'elles ne peuvent pas mettre en mots.

Dans le sixième chapitre, je m'intéresse aux arguments développés en science sociales et dans le vaste champ des *cultural studies* et des *gender studies*. Ceux-ci tendent à expliquer les troubles alimentaires à partir des traits dominants de la normativité contemporaine et par la rencontre d'un certain nombre de courants discursifs dans une subjectivité anorexique ou boulimique. Finalement, dans le septième chapitre, je présente les développements récents en épigénétique et, surtout, en neurosciences cognitives et sociales. Ces dernières postulent la présence d'un ensemble de défauts cognitifs associés à autant de problèmes neuronaux qui se trouveraient à la racine des troubles alimentaires. Ces défauts expliqueraient tant les symptômes présentés en regard du schéma corporel et du rapport à la nourriture que les problèmes qui se posent dans les interactions et dans la vie émotionnelle.

Dans cette deuxième partie, nous verrons des représentations diverses, mais convergentes de la relation entre individu et société se développer et évoluer, lesquelles tendent à s'appuyer sur l'idée que les pratiques anorexiques et boulimiques sont portées par des intentions dont la source serait à trouver dans la normativité sociale. C'est donc

la critique de la distance qui existe ou qui devrait exister entre l'individu et les normes sociales que l'on retrouve au coeur de ces propos, et c'est à travers cette critique qu'on peut observer les évolutions dans la conception de l'individu et du lien social.

La troisième et dernière partie s'organise autour des transformations qui ont pris place dans le regard qu'on porte sur l'individu, la normativité et le lien de l'un à l'autre depuis les années 1970. Je m'y intéresse, entre autres, à la place grandissante qu'occupe aujourd'hui le corps dans la saisie médicale des problèmes sociaux et, en parallèle, aux apports potentiels d'une sociologie du corps, des émotions et des sensations à la compréhension des troubles mentaux. Il y est question des mutations des représentations dominantes de l'individu et de la manière dont on pense son insertion dans les rapports sociaux. Dans le huitième chapitre, j'explore le processus de psychologisation de la vie sociale qui s'observe depuis les années 1980. Je propose que, *via* l'émergence d'une explication biologique du social qui va de pair avec le développement des neurosciences cognitives et sociales, l'individualisation des problèmes sociaux est en train de faire un pas supplémentaire vers l'intériorité du sujet.

Dans l'espace public, non seulement on s'occupe de plus en plus des émotions, mais une compréhension biologique ou neurologique de cette dimension essentielle de l'existence est émergente. Pendant ce temps, en sociologie et en sciences sociales, les invitations à se pencher plus et mieux sur le corps, les émotions et les sensations se multiplient et les vertus d'une telle approche, en phase avec les transformations sociales évoquées plus haut, commencent à se révéler. Dans le neuvième chapitre, je creuse donc les possibilités qu'offre une saisie du social *par* le corps à la sociologie de la santé mentale, de manière à approfondir la compréhension du lien qui unit troubles mentaux, individualité et normativité sociale.

PREMIÈRE PARTIE
Regard sur la malléabilité
de l'objet

CHAPITRE I

L'ANOREXIE ET LA BOULIMIE COMME OBJETS DE CONNAISSANCE

Parmi les formes que peuvent prendre les lourdeurs de l'alimentation quotidienne, l'anorexie mentale est sans doute parmi les plus radicales et les plus spectaculaires. Radicale, parce qu'elle n'impose pas seulement un régime particulier aux individus concernés et n'appelle pas simplement le respect de quelques caprices. Une fois le trouble bien installé, il se donne à voir comme un refus pur et simple de manger tout ce qui excède le minimum vital ou autorisé. Pour cette raison, l'anorexie tend à déstructurer la vie familiale beaucoup plus que ne le font les régimes amaigrissants ou les diètes sans gluten, sans gras ou sans sel qui sont rattachées aux pressions normatives entourant l'entretien du corps et à nombre de maladies aujourd'hui plus ou moins courantes. L'anorexie est spectaculaire aussi parce que l'image la plus répandue du corps qu'elle produit saisit, frappe l'imagination : elle est celle d'un être décharné, anguleux, d'un squelette recouvert d'une mince couche de peau. Mais l'anorexie est spectaculaire surtout parce qu'elle est donnée en spectacle. Toute anorexique ne donne pas à voir jusqu'aux os de ses bras, de ses jambes, de ses mâchoires. Néanmoins, la vaste majorité des représentations de l'anorexie, en premier lieu celles proposées par les médias de masse, sont celles d'un amaigrissement si extrême qu'on peine à croire que de tels corps puissent être toujours en vie. Or, la réalité est beaucoup plus nuancée que ne le laisse croire cette triste caricature.

Du grec ancien *órexis* (appétit), « anorexie » signifie littéralement « absence d'appétit ». L'usage le plus courant du terme, qui réfère à l'anorexie mentale, en détourne toutefois le sens. Les anorexiques ne sont pas sans faim. Certes, celle-ci

disparaît quelques fois. Dans le cas contraire, elle peut même être vécue comme agréable. Mais elle est surtout un souci constant, qui vient meubler chaque heure de la journée. Que la faim se fasse sentir ou pas, le quotidien anorexique est rythmé par la restriction alimentaire, le calcul des calories, la mise en oeuvre de tactiques diverses et la négociation constante avec les proches pour éviter d'ingérer plus que le maximum autorisé. En ce sens, l'alimentation occupe les pensées et structure la vie quotidienne des femmes atteintes plus encore que chez le commun des mortels. Outre la restriction alimentaire, les pratiques d'amaigrissement peuvent aussi englober la purge occasionnelle ou régulière, la prise de laxatifs de même que l'exercice physique, pratiqué souvent jusqu'à épuisement et au-delà. L'anorexie est aussi marquée par une discipline militaire appliquée à l'ensemble des activités (scolaires, sportives, artistiques, etc.) et par la surveillance constante de tout ce qui peut entrer ou sortir du corps – pas seulement par la bouche.

La boulimie, quant à elle, se fait plus discrète. Si elle peut entraîner, au fil du temps, une variation régulière du poids que les proches des personnes concernées pourront remarquer, elle n'est pas visible à l'oeil nu. En conséquence, elle ne revêt pas le caractère spectaculaire de l'anorexie et suscite le dégoût beaucoup plus que l'indignation ou la fascination. Les pratiques boulimiques elles-mêmes sont généralement marquées du sceau du secret. Les crises boulimiques et les séances de purge suscitent la honte chez ces femmes, qui parviennent parfois à camoufler leur trouble pendant des mois, voire des années. La boulimie est également associée à un imaginaire de l'excès et du manque de contrôle, tant en regard de l'alimentation que de la sexualité ou de la consommation d'alcool et de drogues, imaginaire que la littérature psychiatrique tend parfois à renforcer.

Ce chapitre est destiné à dresser un premier portrait des deux troubles alimentaires à l'étude dans cette thèse, à explorer leur cristallisation dans des catégories diagnostiques,

leur montée en popularité dans les milieux médicaux et leur constitution en problème social. Pour ce faire, je m'intéresserai d'abord à la création des catégories d'anorexie mentale et de boulimie et à l'évolution des définitions offertes dans les différentes éditions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Je m'attarderai ensuite aux problèmes que ces deux troubles posent à l'épidémiologie et à l'idée fort répandue d'une épidémie contemporaine de troubles alimentaires, pour finalement jeter un oeil sur la volatilité des discours sur ces phénomènes et leur instrumentalisation au sein de luttes somme toute politiques.

1.1 L'invention médicale des troubles alimentaires

Si l'anorexie et la boulimie occupent aujourd'hui une place bien déterminée dans l'icônographie populaire, ce sont avant tout des concepts médicaux d'apparition relativement récente. En fait, l'anorexie mentale comme catégorie diagnostique est vieille de plus de 100 ans : le terme a été forgé par le docteur William Gull et proposé dans une communication présentée en 1873, publiée en 1874. C'est plus ou moins au même moment, en 1873, que le médecin français Charles Lasègue a publié en France son article *De l'anorexie hystérique* (cité dans Lasègue, 2009) qui décrivait, en termes différents, le même phénomène que celui identifié par Gull. Il s'agissait, chez ces deux auteurs, de créer une catégorie diagnostique qui permettrait de faire sens du comportement d'adolescentes à tendance hyperactive qui, sans cause physiologique apparente, refusaient de s'alimenter. Si c'est entre autres grâce à l'anorexie que ces deux psychiatres n'ont pas été oubliés, le terme a quant à lui plus ou moins disparu jusqu'aux années 1960. Il a à ce moment opéré un retour en force dans le vocabulaire médical, avant d'investir la sphère médiatique et de gagner une place dans l'imagination populaire. Le terme « bulimia nervosa » n'a quant à lui été forgé qu'en 1979, avec la publication de la première description « officielle » par Gerald Russell, un psychiatre

anglais qui fait autorité en matière de troubles alimentaires. Russell (1997) a par ailleurs lui-même opéré un examen de la littérature pour identifier des descriptions de cas qui permettraient de jeter un regard rétrospectif sur le trouble en trouvant des occurrences aussi tôt qu'en 1903.

Longtemps délaissée donc, l'anorexie mentale a fait sa première apparition dans la seconde édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, publiée en 1968. On en fait mention en passant, pour illustrer les usages potentiels de la catégorie « Special symptoms not elsewhere classified » (American Psychiatric Association, 1968, p. 47). Elle s'installe durablement dans la nosographie contemporaine en 1980, comme tête d'affiche de la catégorie « Eating Disorders » du *DSM-III*. La description qu'on en livre alors se rapproche déjà à plusieurs égards de celles qu'on peut lire aujourd'hui : « The essential features are intense fear of becoming obese, disturbance of body image, significant weight loss, refusal to maintain a minimal normal body weight, and amenorrhea (in females) » (1980, p. 67). Les critères diagnostiques sont alors les suivants :

- « A. Intense fear of becoming obese, which does not diminish as weight loss progresses.
- B. Disturbance of body image, e.g. claiming to "feel fat" even when emaciated.
- C. Weight loss of at least 25% of original body weight or, if under 18 years of age, weight loss from original body weight plus projected weight gain expected from growth charts may be combined to make the 25%.
- D. Refusal to maintain body weight over a minimal normal weight for age and height.
- E. No known physical illness that would account for the weight loss » (American Psychiatric Association, 1980, p. 69).

Les critères diagnostiques et le portrait statistique de l'anorexie mentale évoluent de manière significative dans le *DSM-III-R* (1987). La perte de poids nécessaire pour recevoir un diagnostic passe de 25% à 15%, mais le portrait épidémiologique est moins sombre que dans l'édition précédente. En 1980, on évaluait la prévalence² de l'anorexie

² Nombre de cas dans une population donnée à un moment ou sur un intervalle de temps donné.

à 1 cas pour 250 femmes âgées entre 12 et 18 ans et on situait le taux de mortalité entre 15% et 21%. En 1987, on estime que le taux de prévalence se situe à quelque part entre 1 cas sur 100 et 1 cas sur 800 femmes âgées entre 12 et 18 ans, alors que le taux de mortalité se situerait entre 5% et 18%, ce qui est significativement inférieur aux nombres avancés sept ans plus tôt (1987, p. 66). Dans le *DSM-III* et sa version révisée, on peut entrevoir l'influence de l'approche psychodynamique sur la psychiatrie américaine. On mentionne par exemple que, chez les anorexiques, « Many of these individuals are described as having been overly perfectionist, “model children” » (1980, pp. 68-69; 1987, p. 66), une idée centrale au travail de Hilde Bruch qui, nous le verrons dans les chapitres III et V, a durablement marqué la réflexion sur les troubles alimentaires.

Les changements qui apparaissent dans la version révisée du *DSM-III* annoncent les transformations dans l'approche des troubles alimentaires qui prendront forme dans le *DSM-IV*. Ainsi, le texte de 1987 met l'accent sur l'altération de la perception du corps et du schéma corporel. Cette nouvelle formulation est quasi-identique à celle que l'on retrouvera quelques années plus tard dans le *DSM-IV*. Le *DSM-III-R* propose de fonder le diagnostic d'anorexie mentale sur les critères suivants :

- « A. Refusal to maintain body weight over a minimal normal weight for age and height, e.g., weight loss leading to maintenance of body weight 15% below that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight 15% below that expected.
- B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight, size, or shape is experienced, e.g., the person claims to “feel fat” even when emaciated, believes that one area of the body is “too fat” even when obviously underweight.
- D. In females, absence of at least three consecutive menstrual cycles when otherwise expected to occur (primary or secondary amenorrhea). (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration) » (1987, p. 67).

La critériologie utilisée pour identifier l'anorexie mentale ne s'est que peu modifiée entre 1987 et 1994, bien que l'on ait apporté en 1994 quelques précisions sur le critère A. La formulation suivante sera en vigueur entre 1994 et 2013, jusqu'à la parution du *DSM-5*. C'est sur elle que s'est basée la majeure partie de la recherche effectuée jusqu'à aujourd'hui :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., 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).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. 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.
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes) (American Psychiatric Association, 2004, p. 259).

Le *DSM-IV* définit également deux sous-types d'anorexie mentale, à savoir le *type restrictif*, dans lequel la perte de poids est uniquement le résultat de la restriction alimentaire et de l'exercice physique excessif, sans recours aux vomissements ou à la prise de purgatifs, et le *type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs*, qui doivent survenir sur une base régulière pour motiver un tel diagnostic.

La boulimie (que l'on nomme en anglais *bulimia nervosa* à partir de 1987) apparaît pour la première fois en 1980 dans le *DSM-III*. À l'époque, le trouble est beaucoup moins connu que l'anorexie et les données disponibles sont minces. Fait intéressant, dans cette première définition, on associe la boulimie à des crises hyperphagiques et on n'accorde que peu d'importance aux vomissements ou autres techniques purgatives. On écrit par exemple que : « The essential features are episodic binge eating accompanied by an awareness that the eating pattern is abnormal, fear of not being able to stop eating voluntarily, and depressed mood and self-deprecating thoughts following

the eating binges » (1980, p. 67). Si on note que les vomissements provoqués peuvent suivre les crises de boulimie, ceux-ci sont accessoires au diagnostic. En ce sens, cette première interprétation du problème se rapproche de la définition du tout nouveau *binge eating disorder*, formalisé dans le *DSM-5*. Les pratiques purgatives deviennent toutefois essentielles au diagnostic dès 1987. Le *DSM-III-R* stipule ainsi que :

« The essential features of this disorder are : recurrent episodes of binge eating (rapid consumption of a large amount of food in a discrete period of time); a feeling of lack of control over eating behavior during the eating binges; self-induced vomiting, use of laxative or diuretics, strict dieting or fasting, or vigorous exercise in order to prevent weight gain; and persistent overconcern with body shape and weight » (1987, p. 67).

Ici encore, la définition de la boulimie se transforme peu dans le passage du *DSM-III-R* au *DSM-IV*. Les auteurs ont ajouté quelques précisions, mais l'esprit du texte demeure le même. En 1994, pour la boulimie, l'American Psychiatric Association fixe les critères diagnostiques suivants :

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - (1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments; jeûne; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) (American Psychiatric Association, 2004, pp. 260-261).

Ici encore, deux sous-types sont définis, à savoir le type avec vomissements ou prise de purgatifs (*purging type*), et le type sans vomissements ni prise de purgatifs (*non purging type*), dans lequel l'individu compensera plutôt la consommation alimentaire

excessive par des pratiques de jeûne ou d'exercice physique. Comme ce fut le cas pour l'anorexie, c'est la définition du *DSM-IV* qui a organisé la recherche menée sur la boulimie dans les vingt dernières années. Il faut dire qu'avant la fin des années 1980, la boulimie a soulevé relativement peu d'intérêt chez les chercheurs, qui se sont d'abord intéressés à l'anorexie.

1.2 La stabilisation des concepts

Si, dans le *DSM-IV*, on innove assez peu en ce qui a trait aux critères diagnostiques, les commentaires qui les accompagnent sont beaucoup plus détaillés et couvrent plusieurs dimensions laissées de côté dans les éditions précédentes et ce, tant pour l'anorexie que pour la boulimie. On s'avance sur les motivations des femmes concernées et sur les significations qu'elles peuvent attribuer à leurs pratiques. Les auteurs écrivent par exemple que, pour les anorexiques, « Weight loss is viewed as an impressive achievement and a sign of extraordinary self-discipline, whereas weight gain is perceived as an unacceptable failure of self-control » (1994, p. 540). On explore également les dimensions cognitives et émotionnelles et on offre des précisions quant à la vie mentale des femmes touchées : « Other features sometimes associated with Anorexia Nervosa include concerns about eating in public, feelings of ineffectiveness, a strong need to control one's environment, inflexible thinking, limited social spontaneity, and overly restrained initiative and emotional expression » (1994, p. 541). On fait également mention de la honte que ressentent souvent les boulimiques.

Le *DSM-IV* s'intéresse également aux dimensions culturelles des troubles alimentaires. L'ethnicité est l'un des thèmes abordés, et on note par exemple que les individus boulimiques « are primarily white, but the disorder has also been reported among other ethnic group » (1994, p. 548). Pour l'anorexie, on s'avance prudemment sur la question

de l'ethnicité et de l'appartenance culturelle, surtout pour souligner le manque de connaissances à ce sujet. Il est néanmoins écrit que « Anorexia Nervosa appears to be far more prevalent in industrialized societies, in which there is an abundance of food and in which, especially for females, being considered attractive is linked to being thin » (1994, p. 542). Le ton se veut incertain, mais on n'hésite pas à lier l'anorexie à un trait particulier des sociétés industrialisées. La disparition de toute référence psychodynamique est également notable.

Paru presque vingt ans après le *DSM-IV*, le *DSM-5* (2013) n'opère guère qu'une reformulation des critères diagnostiques. Les changements sont superficiels, mais les définitions de l'anorexie et de la boulimie râtissent désormais plus large. L'objectif de ce remaniement était d'abord de réduire le nombre de cas qui se retrouvait dans la catégorie « eating disorders not otherwise specified ». Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale prennent désormais la forme suivante :

- « A. 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. *Significantly low weight* is defined as a weight less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
- B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
- C. 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 ».

Cette nouvelle formulation élargit le spectre des personnes pouvant recevoir un diagnostic légitime d'anorexie mentale. C'est le cas pour celles qui ont toujours leurs menstruations malgré un amaigrissement considérable, mais aussi des enfants ou de celles qui présentent toutes les caractéristiques comportementales et cognitives de l'anorexie et qui ont un poids anormal sans être remarquablement amaigris. Le texte relie toutefois la sévérité du trouble à l'indice de masse corporelle. De même, en offrant une alternative à la « peur intense de prendre du poids ou de devenir gros », ces

modifications permettent d'englober les cas d'anorexie sans « fat phobia » qui intriguent toujours les chercheurs (cf. chapitre IV). Les commentaires ne trahissent aucune évolution significative quant à la manière dont on lie l'anorexie à la société et à la culture, mais on note une timide ouverture à pousser la réflexion au-delà de l'injonction à la minceur. La situation est la même pour la boulimie. Les critères diagnostiques de la boulimie n'ont fait l'objet que de modifications cosmétiques, mais la fréquence nécessaire des crises boulimiques est passée de deux fois par semaine pendant une période de trois mois à une seule fois par semaine pendant la même période, ce qui permet ici encore d'englober plus de cas.

Le changement le plus important qu'apporte le *DSM-5* en regard des troubles alimentaires est l'inclusion du diagnostic de « binge eating disorder ». Celui-ci était déjà inclus au nombre des « axes proposés pour des études supplémentaires » du *DSM-IV-TR* (2000), et les critères établis alors sont repris presque textuellement dans le *DSM-5*. En fait, on a simplement diminué la fréquence des crises nécessaires pour recevoir un diagnostic (de deux fois par semaine pendant six mois à une fois par semaine pendant trois mois). Les critères sont les suivants :

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
 1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following :
 1. Eating much more rapidly than normal.
 2. Eating until feeling uncomfortably full.
 3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.
 4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.
 5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterwards.
- C. Marked distress regarding binge eating is present.
- D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for three months.
- E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa » (American Psychiatric Association, 2013).

Le *DSM-5* innove également avec la création d'une catégorie pour les « other specified feeding or eating disorders » qui incluent notamment l'anorexie mentale atypique, que l'on rencontre chez des femmes qui présentent tous les symptômes de l'anorexie mais maintiennent un poids normal, la boulimie et le *binge-eating disorder* « of low frequency and/or limited duration », le « purging disorder », marqué par des pratiques régulières de purge sans crises boulimiques, et le « night eating syndrome », « as manifested by eating after awakening from sleep or by excessive food consumption after the evening meal ». Finalement, la catégorie « Unspecified Feeding or Eating Disorder » semble avoir une valeur d'abord administrative, en ce qu'on suggère entre autres son usage dans les contextes où « there is insufficient information to make a more specific diagnosis (e.g., in emergency room setting) ».

Outre le fait que l'éventail des troubles alimentaires se soit, avec la parution du *DSM-5*, considérablement élargi, pour l'anorexie et la boulimie, un oeil sévère pourrait voir dans la succession des présentations un effet de mode plus qu'un réel changement dans leur compréhension. Les formules se suivent, mais le fond demeure essentiellement le même. Par ailleurs, si l'American Psychiatric Association, avec un nombre grandissant de spécialistes, reconnaît aujourd'hui que l'anorexie et la boulimie se rencontrent dans toutes les couches de la population, dans l'imagination populaire, le stéréotype de l'anorexique blanche, brillante et issue d'un milieu aisé se montre étonnamment résistant. Dans les milieux thérapeutiques comme ailleurs, on associe encore souvent les troubles alimentaires aux populations blanches, ce qui se transparaît entre autres dans les lieux et les pratiques de traitement.

1.3 Épidémiologie, classes sociales et appartenance ethnique

Parmi les spécialistes, peu oseraient aujourd'hui affirmer que l'anorexie mentale ne se rencontre que dans les classes les plus favorisées. De même, on a depuis un moment déjà commencé à interroger la présence des troubles du comportement alimentaire dans les groupes ethniques minoritaires. Ainsi, selon l'enquête menée par Zhang et Snowden (1999) aux États-Unis à partir des critères du *DSM-III*, si la prévalence à vie de l'anorexie mentale est de deux à trois fois plus faibles chez les communautés ethniques (communautés noire, hispanique, asiatique) que dans la population blanche, le trouble y est tout de même présent. De même, dans le *DSM-5*, on peut lire que

« Whereas the prevalence of anorexia nervosa appears comparatively low among Latinos, African Americans, and Asians in the United States, clinicians should be aware that mental health services utilization among individuals with an eating disorder is significantly lower in these ethnic groups and that the low rates may reflect an ascertainment bias » (Marques *et al.*, 2011).

En fait, il semble que l'on rencontre aujourd'hui par rapport à l'appartenance ethnique les mêmes problèmes que posaient hier la classe sociale. On a longtemps pensé que les troubles alimentaires se rencontrent avant tout dans les couches aisées de la population, ce qui a fortement influencé le regard porté sur le phénomène. Malgré l'accumulation des enquêtes épidémiologiques qui montrent le contraire, cette idée circule encore. Or, quand vient le temps de faire le décompte des anorexiques et des boulimiques, les difficultés méthodologiques sont à peu près les mêmes en ce qui a trait à la classe sociale et à l'origine ethnique. Le stéréotype dominant semble à cet effet tenir de la prophétie auto-réalisatrice, en ce qu'il a un impact non négligeable sur le profil des personnes susceptibles d'être identifiées comme anorexiques ou boulimiques et de trouver une place au sein des portraits statistiques.

À ce propos, les travaux de Moreno Pestaña (2006) mettent en lumière une idée relativement simple, mais pourtant fondamentale à la réflexion épidémiologique : pour qu'un comportement soit étiqueté comme anorexique ou boulimique, encore faut-il qu'il soit d'abord considéré comme problématique et interprété comme relevant du champ de la santé mentale par les personnes touchées ou leur entourage. C'est à ces seules conditions que les personnes qui en souffrent pourront potentiellement entrer dans le circuit médical et devenir visibles, pour plus tard être prises en compte dans les calculs de prévalence et d'incidence de l'anorexie et de la boulimie. Si l'épidémiologie s'appuie à la fois sur le dépistage des cas dans le système de santé et sur des enquêtes dans la population générale pour obtenir des données, les dernières posent problèmes entre autres en raison de la faible prévalence des troubles alimentaires, alors que la tendance qu'ont les personnes qui en souffrent à camoufler leur trouble et à éviter l'aide professionnelle pose aussi difficulté dans les enquêtes menées à partir des dossiers médicaux (Hoek et van Hoeken, 2003).

À propos de la classe sociale, Moreno Pestaña questionne les « seuils d'entrée dans les troubles du comportement alimentaire » dans les classes populaires andalouses. Plus précisément, il s'intéresse à l'usage et à la circulation des catégories d'anorexie et de boulimie chez des groupes sociaux dans lesquels elles ne sont pas nécessairement d'usage courant. Sur le terrain, l'auteur investigate la légitimité de l'autocontrôle corporel, aspect majeur des troubles alimentaires, en relation avec la culture somatique des classes moyennes et supérieures. Il montre comment, dans les milieux qu'il a étudiés, le vocabulaire des troubles alimentaires était fortement méconnu de certains groupes. Autrement dit, ces catégories ne sont pas disponibles à tous lorsque vient le temps de rendre compte de pratiques corporelles considérées comme problématiques. Moreno Pestaña a pu observer comment, lorsque le poids d'une jeune femme dégringolait au point d'alarmer son entourage, les familles pouvaient aller chercher de l'aide sans avoir une idée précise de ce qui n'allait pas. Ce n'est qu'après la rencontre

de spécialistes que les comportements problématiques étaient considérés comme pathologiques et associés aux troubles alimentaires. Dans cet esprit, une enquête menée en Australie (Darby *et al.*, 2012) a permis de conclure que les troubles alimentaires sont moins bien reconnus par les individus qui n'ont pas complété d'études universitaires, les membres les plus âgés d'une communauté, les hommes et les personnes issues des milieux ruraux.

Autrement dit, l'épidémiologie des troubles alimentaires est plombée par un problème d'étiquetage, dans la mesure où l'anorexie et la boulimie sont reconnues plus tôt dans les classes moyennes et supérieures que dans les couches inférieures de la société. Un phénomène semblable paraît jouer aussi en ce qui a trait à l'origine ethnique. Helen Gremillion note par exemple que sur toute la durée de son enquête de terrain dans un centre de traitement pour les anorexiques d'une banlieue américaine aisée, des trois patientes qui ont été refusées, aucune n'était blanche, toutes étaient issues de la classe ouvrière, et toutes se sont vu diagnostiquer un trouble de la personnalité limite. Elle commente la situation en ces termes :

« I make no casual claims about the bases of exclusion : there was not a one-to-one mapping between nonwhite and/or working-class patients referred to Walsh and patients who were labeled borderline, nor were all patients labeled borderline marginalized in the treatment program. My arguments focus on the production of norms for typical patients that are largely unmarked as such but appear more strongly as active constructions when juxtaposed to the racialized and classed othering of excluded patients. At Walsh, this othering links discourses of race and class with ideas about the borderline psyches » (2003, p. 160).

La communauté scientifique reconnaît par ailleurs que les idées préconçues autour de l'anorexie et de la boulimie ont certainement influencé les résultats des enquêtes épidémiologiques. Comme évoqué précédemment, plusieurs travaux récents laissent par ailleurs entrevoir des inégalités ethniques importantes dans l'utilisation des services de santé mentale, tant en regard des troubles alimentaires que d'autres désordres psychiatriques (Merikangas *et al.*, 2011; Marques *et al.*, 2011), alors que d'autres

suggèrent qu'à partir des mêmes critères diagnostiques, les femmes racisées ont moins de chance d'être identifiées comme anorexiques ou boulimiques et de recevoir les soins appropriés (Cachelin *et al.*, 2001; Cachelin et Striegel-Moore, 2006). C'est donc dire que la représentation de l'anorexique ou de la boulimique « type » joue un rôle dans la sélection de celles qui recevront un diagnostic, ce qui se traduit inévitablement dans les portraits épidémiologiques des troubles alimentaires.

1.4 Compter les anorexiques et les boulimiques

En fait, l'ensemble des données épidémiologiques de base est l'objet de débat. Compter le nombre d'anorexiques et de boulimiques dans une population donnée est une entreprise fort complexe. Le nombre de cas recensés varie en fonction de la définition retenue pour l'enquête, des méthodes diagnostiques utilisées dans tel ou tel hôpital ou service thérapeutique, des différences régionales dans la disponibilité des services, des transformations démographiques et socioéconomiques, des faibles taux d'incidence et de prévalence des troubles alimentaires et de la population restreinte des femmes qui en souffrent. Ces facteurs représentent autant d'obstacles qui se dressent devant l'activité scientifique. De ce fait, l'écart qui existe entre les données avancées sans plus de nuances dans de nombreux travaux réalisés en sciences sociales et la prudence à laquelle invite un examen un peu plus attentif des enquêtes déjà réalisées pousse à la réflexion.

Il est assez commun de lire qu'environ 90% des anorexiques et des boulimiques sont des femmes (c'est la proportion avancée dans le *DSM-5*) et que le trouble toucherait une jeune fille d'âge scolaire sur 200 ou 300. Le *DSM-IV* propose plutôt un taux de prévalence entre 0,5 et 1% dans la population à risque (les femmes qui se trouvent à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte). Étrangement, dans le *DSM-IV-TR*, on

déclare une prévalence à vie de 0,5%, un chiffre inférieur à celui avancé dans la *DSM-IV*, mais on affirme également que la prévalence de l'anorexie paraît avoir augmenté dans les dernières décennies. Pour ce qui est de la boulimie, le *DSM-IV* et sa version révisée annoncent un taux de prévalence entre 1 et 3% (sur une période non spécifiée), et le *DSM-5* mentionne une prévalence sur 12 mois qui se situerait entre 1 et 1,5%. De même, une méta-analyse récente des données épidémiologiques de base (Smink *et al.*, 2012) trace un portrait pour le moins brouillé. Dans les différentes études examinées par Smink *et al.*, l'incidence du trouble³ dégagée par différentes enquêtes varie entre 270 (chez les femmes finlandaises de 15 à 19 ans) et 1204 (chez les femmes finlandaises de 15 à 18 ans), tandis que les données tirées d'une enquête anglaise suggèrent plutôt une incidence de 109,2 (chez les femmes anglaises de 15 à 19 ans). D'une enquête à l'autre, les résultats sont décuplés ! Smink *et al.* n'avancent aucune hypothèse pour expliquer ces différences majeures.

Hors des *DSM*, les estimations du taux de prévalence de l'anorexie mentale sont aussi disparates que celles de l'incidence. Toujours selon Smink *et al.*, dans une étude américaine menée en 2007, la prévalence à vie de l'anorexie mentale était estimée à 0,9% chez les femmes adultes et 0,3% chez les hommes, alors qu'aucun cas masculin n'a été identifié dans une étude européenne semblable menée en 2009. La prévalence à vie chez les femmes adultes y était cependant la même que dans l'étude américaine. Une autre enquête américaine, publiée en 2011, a plutôt identifié une prévalence de 0,3% chez les femmes comme chez les hommes de 13 à 18 ans. De même, bien que l'anorexie mentale soit souvent présentée comme le trouble psychiatrique le plus fatal, même l'établissement du taux de mortalité n'est pas chose aisée. Smink *et al.* mentionnent par exemple que, dans une enquête menée en Grande-Bretagne, « death certificates emerged as a flawed source of information with both over- and underreporting of AN as a cause of death, the latter probably more common » (2012,

³ Nombre de nouveaux cas/100 000 personnes/année.

p. 411). Néanmoins, les études à moyen terme (entre six et quatorze ans) examinées par Smink *et al.* laissent supposer un taux de mortalité entre 5% et 10%, alors que le *DSM-IV* avance un taux de mortalité à long terme supérieur à 10%. Dans le *DSM-5*, on évoque plutôt un taux brut de mortalité de 5% par décennie (2% pour la boulimie).

Compte tenu des nombreuses difficultés qu'il y a à dresser un portrait statistique juste de l'anorexie mentale comme des autres troubles du comportement alimentaire, les données méritent d'être traitées avec prudence. Les envolées statistiques au ton tragique et assuré sont néanmoins chose courante. En fait il importe peu, lorsqu'il s'agit de comprendre la dynamique interne ou psychologique de l'anorexie mentale et de la boulimie, de connaître la fréquence à laquelle on les rencontre. Il en va cependant tout autrement lorsqu'il s'agit, à partir d'une interprétation des tenants et aboutissants du phénomène, de verser dans le commentaire social ou le diagnostic d'époque : le poids et la crédibilité des idées défendues sont alors directement liés à la gravité du problème. En conséquence, si le débat est bien vivant parmi les épidémiologistes quant à l'incidence, à la prévalence et au taux de mortalité des troubles alimentaires, ces données semblent peu questionnées par ceux et celles qui s'intéressent à leur dimension socioculturelle. Il en va de même d'une autre présomption largement répandue, aux conséquences des plus importantes pour quiconque s'intéresse au problème tant à l'échelle individuelle qu'à l'échelle sociale : celle de l'épidémie actuelle de troubles du comportement alimentaire.

1.5 Y a-t-il aujourd'hui une épidémie d'anorexie mentale ?

Certes, Richard A. Gordon a pu, en 1990, intituler un ouvrage *Anorexia and Bulimia : Anatomy of a Social Epidemic*⁴. De même, lorsque Shorter (1987), historien de la médecine réputé, offre une « histoire impressionniste » des tendances épidémiologiques de l'anorexie mentale entre la fin du XVIII^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle en France, il décrit une augmentation du nombre de cas depuis le moment où le trouble est devenu une entité diagnostique à part entière, avec la parution rapprochée des articles de Gull (1874), Lasègue (1873) et Brugnoli (1875). Le travail proprement historique de Shorter, s'arrête vers 1950. Pour couvrir toute la période suivante, il s'appuie sur la littérature existante. À propos de l'anorexie mentale, en début de texte, il affirme :

« An unusual item in the pool around 1800, it had become fairly common by the beginning of the twentieth century. It was from this plateau of middling frequency in 1900 that anorexia took off in the 1960s to achieve the epidemic status it has today » (1987, p. 69).

À propos de l'épidémie contemporaine d'anorexie mentale, Le Barzic et Pouillon avancent :

Le phénomène important pourrait être le changement d'attitude de la communauté médicale vis-à-vis de ces comportements, les médecins se préoccupant aujourd'hui de ces troubles qu'ils méconnaissaient autrefois. L'épidémie ne se situerait donc pas au niveau des conduites alimentaires mais dans l'intérêt qu'on leur porte. Les psychiatres français, Pierre Hardy et Nicolas Dantchev évoquent ainsi un « mythe médical », suggérant qu'il s'agit davantage d'une augmentation du nombre des « anorexologues » que du nombre des cas d'anorexie (1998, p. 48).

La position de Le Barzic et Pouillon est au moins partiellement supportée par l'examen critique des études épidémiologiques existantes. L'hypothèse du « mythe médical » a

⁴ La deuxième édition revue et augmentée du même ouvrage, parue en 2000, s'intitule quant à elle *Eating Disorders : Anatomy of a Social Epidemic*.

été à maintes reprises évoquée dans la littérature pour expliquer la hausse des cas recensés. Hof et Nicolson (1996) ont étudié les chemins empruntés par l'idée d'une augmentation notable des cas d'anorexie mentale dans les dernières décennies. Ils ont pour ce faire analysé les stratégies de citation déployées dans les enquêtes épidémiologiques sur l'anorexie mentale qui figuraient à *l'Index Medicus* jusqu'en 1990. Dans l'ensemble du corpus, l'augmentation de l'incidence de l'anorexie est peu contestée. Toutefois, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, deux études (Lucas *et al.*, 1991; Williams et King, 1987) ont été publiées, qui ne laissaient entrevoir qu'une très légère augmentation du nombre de cas depuis les années 1960. Les enjeux financiers liés aux données épidémiologiques sont soudainement devenus visibles, alors que les milieux politiques ont calmé l'urgence d'agir qui les animait, laquelle était alimentée par les données catastrophiques qui leur étaient fournies.

Néanmoins, l'impression générale dans la communauté médicale était et demeure tout autre. Dès les années 1930, médecins et académiciens ont commencé à suggérer que l'anorexie mentale puisse être sous-diagnostiquée et ont cru noter une augmentation du nombre de cas rencontrés. Il a tout de même fallu attendre quelques décennies avant que les premières estimations de la taille de la population anorexique ne soient publiées. Ces premiers résultats ne semblent pas avoir eu d'impact significatif sur le débat. Ainsi, en 1963, après avoir mesuré l'incidence de l'anorexie mentale dans la population danoise à partir des entrées dans les hôpitaux, Brems a cru trouver un taux beaucoup plus élevé (1 cas par 80 000 habitants) que celui qui avait été avancé en 1957 par Tolstrup (1 cas par 900 000 habitants) pour la même population. Il s'est toutefois avancé plus que prudemment, allant jusqu'à remettre en doute la possibilité d'en arriver à une estimation fiable. Il affirme : « the lack of any acceptable definition of the disturbance makes it difficult or impossible to achieve any accurate estimate of its frequency » (Brems, 1963, p. 826 cité par Hof et Nicolson, 1996, p. 585). Malgré cette invitation à la prudence, l'idée d'une augmentation de l'incidence de l'anorexie a

continué à se répandre, fondée notamment sur l'intuition des cliniciens ou sur les commentaires formulés « en passant », basés sur des impressions et non sur des faits.

Ce n'est qu'en 1970 qu'une première enquête épidémiologique d'ampleur sur l'anorexie mentale, couvrant la période 1930-1960, a été publiée. Menée par Theander, elle conclut au passage d'une incidence de 0,08 femme touchée par 100 000 habitants dans la décennie 1930-1939 à une incidence de 0,45 femme anorexique par 100 000 habitants dans la dernière décennie étudiée. L'auteur insiste toutefois en conclusion sur les nombreux problèmes méthodologiques qui entament la fiabilité des résultats :

« [...] the results of the present investigation, therefore, do not give any reliable information on the true incidence of anorexia nervosa which undoubtedly is higher than observed. Also the observed increase of number of patients must be judged with caution. Since so many factors may contribute to this, the findings cannot be taken as unequivocal evidence of a true increase of the incidence of anorexia nervosa » (Theander, 1970, pp. 30-31, cité par Hof et Nicolson, 1996, p. 587).

L'enquête de Theander a par la suite été citée 39 fois dans l'échantillon étudié par Hof et Nicolson. Certains ont remis en cause ses explications quant aux raisons de l'augmentation possible du nombre de cas recensés, d'autres ont questionné les bémols qu'il apportait quant à la fiabilité des résultats, mais plusieurs ont cité l'étude comme la première preuve d'une augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale. De fil en aiguille, l'augmentation constante de l'incidence de l'anorexie mentale a acquis le statut de fait incontestable (et alarmant !), jusqu'à la publication des études de Lucas *et al.* et de Williams et King. Comme l'expliquent Hof et Nicolson, la conviction que l'anorexie mentale tendait à se répandre de plus en plus rapidement était solidement ancrée bien avant que des données scientifiques ne puissent appuyer la croyance. De même, il est encore aujourd'hui commun de lire que l'anorexie mentale touche une

population toujours plus grande, sans que l'affirmation ne soit appuyée par une source fiable (ou, dans certains cas, par une source quelconque⁵).

Dans un esprit semblable, Fombonne (1995) a questionné la validité de 45 enquêtes épidémiologiques fondées soit sur des archives médicales et psychiatriques, soit sur des enquêtes communautaires. Les lacunes méthodologiques de la plupart des enquêtes étudiées par Fombonne, parfois inévitables, sont importantes. L'enquête la plus solide, menée à Rochester, au Minnesota, par Lucas *et al.* (1991), montre une légère augmentation du nombre de cas entre 1950 et 1984. Celle-ci serait toutefois trop mince pour qu'une conclusion définitive ne puisse être tirée et ce, en raison même des difficultés évoquées plus haut. Il n'est par ailleurs pas impossible que la hausse représente une augmentation des cas *identifiés* plutôt que des cas réels. Au terme d'un examen soutenu des données existantes, à contre-courant de ce qui était couramment affirmé jusqu'alors, Fombonne conclut : « Anorexia nervosa remains a rare disorder and there is no evidence of a secular increase in its incidence » (1995, p. 462). D'autres auteurs (Hoek, 1993; Wakeling, 1996) qui ont mené un examen critique d'un corpus très semblable à celui élaboré par Fombonne sont toutefois arrivés à la conclusion opposée et s'inscrivent en faux par rapport aux arguments avancés entre autres par Williams et King (1987), qui suggèrent que l'augmentation des cas observés corresponde à une augmentation de la population à risque beaucoup plus qu'à une épidémie.

Cependant, à la lumière d'une étude historique de l'épidémiologie des troubles alimentaires, Rosenvinge et Pettersen (2015) proposent une solution médiane qui

⁵ Hof et Nicolson illustrent leur position par un exemple éloquent : « In 1986 the British therapist and feminist theorist, Susie Orbach, cited the London study in support of her assertion that "anorexia nervosa [...] has shown a dramatic rise during the past twenty years, and more especially in the last decade" (Orbach, 1986, p. 32). Orbach failed to explain how a study dating from 1976 could have been relevant to an alleged increased incidence in the decade between 1976 and 1986 » (p. 595).

permet de réconcilier les résultats opposés obtenus par ces différentes enquêtes. Ces deux auteurs appuient l'interprétation de Pawluck et Gorey (1998), « which found that during 40 years an increase in the incidence had occurred only among women in their 20s and 30s (i.e. from 6.28 from 1950 to 1964 to 17.70 from 1980 to 1992) » (Rosenvinge et Pettersen, 2015, pp. 81-82). Par ailleurs, comme le soulignent Rosenvinge et Pettersen, plusieurs études récentes laissent entrevoir une incidence plutôt stable dans les dernières décennies (par exemple Turnbull *et al.*, 1996, cités par Rosenvinge et Pettersen, 2015), quoique Smink *et al.* (2012) notent à la fois une stabilité des taux d'incidence et une augmentation du nombre de cas dans le groupe des 15 à 19 ans. Si les craintes qui entourent l'épidémie de troubles alimentaires s'estompent, celles entourant la dilution du « patient-type » semblent en voie de prendre leur place. En effet, ce qui suscite aujourd'hui l'inquiétude, c'est qu'on semble identifier des cas dans des groupes d'âge, des groupes ethniques ou des pays que l'on croyait jusque-là épargnés (Pike *et al.*, 2013). Cependant, comme le démontre l'examen des données réalisé ici, lorsque vient le temps de discuter de l'épidémiologie de l'anorexie et de la boulimie, les données invitent à la prudence beaucoup plus qu'à la panique.

Hof et Nicolson émettent un certain nombre d'hypothèses pour expliquer la croyance durable en une augmentation constante et soutenue du nombre de cas d'anorexie mentale et affirment que « the employment of the idea of an increase has also conveniently served the specific interest of a number of other groups of commentators » (1996, p. 598). Ils avancent, avec Habermas (1991), que la sensibilité grandissante des cliniciens envers les troubles d'origine somatique puisse expliquer la hausse du nombre de diagnostics d'anorexie mentale dans l'Allemagne d'après-guerre. Ils notent qu'un phénomène similaire peut également avoir influencé les données américaines. De même, avec les travaux de Hilde Bruch et de Mara Selvini Palazzoli (1974) (cf. chapitre V), l'anorexie mentale est devenue un cas paradigmatique pour démontrer la valeur d'une approche familiale en psychopathologie et dans la pratique

thérapeutique, ce qui a ouvert la porte à un usage politique du trouble. À ce sujet, les auteurs affirment :

« It would indeed appear that the variety of hypotheses offered in explanation of the putative rise in anorexia nervosa tells us more about the concerns of individual psychiatrists and of the psychiatric speciality as a whole than it does about the aetiology of eating disorders. It is remarkable, for example, how consistently the psychiatric discourse quoted in this paper has portrayed the disease as being exacerbated by social change and has, implicitly or explicitly, identified young women as particularly liable to be the victims of that change – as if biological price had inevitably to be paid for great autonomy and emancipation » (Hof et Nicolson, 1996, pp. 599-600).

Plus encore, ils notent que même les « ennemis naturels » de l'institution médicale, les critiques les plus radicaux, admettent sans plus de façons une augmentation rapide et marquée de l'incidence de l'anorexie mentale.

En fait, le spectre d'une épidémie d'anorexie et de boulimie peut servir les tenants de ce que Ehrenberg (2010) nomme la « déclinologie » et Marc Angenot (1998), le « diagnostic crépusculaire » annonçant l'érosion du lien social et la déchéance de la société telle qu'on la connaît aujourd'hui. En effet, l'hypothèse d'une augmentation rapide et radicale du nombre de cas rencontrés sert à bien des égards de pierre d'assise à l'argument qui veut que les troubles alimentaires soient, d'une manière ou d'une autre, une conséquence directe des traits dominants de la normativité occidentale contemporaine, qu'il soit question de l'injonction à la minceur, des modèles de féminité ou des transformations de la structure familiale.

Dans leur conclusion, Hof et Nicolson n'invitent pas seulement à la prudence, mais aussi au renouvellement du regard sociologique sur les troubles du comportement alimentaire :

« We would argue that much of the recent analysis of anorexia nervosa has concentrated on the wrong sort of social explanation. Commentators have sought to examine the social

origins of the disease and have neglected to scrutinise the role that ideas of the disease and its putative increase have played in medical and sociological discourse. Remarkably, psychiatrists, medical sociologists, historians and feminist researchers have been uncharacteristically united in this respect. A little less consensus would certainly benefit the quality of the discussion on the putative increase, as well as on the aetiology of anorexia nervosa » (p. 602).

Il n'est pas anodin que, sous la plume des sociologues, psychologues, historiens ou anthropologues, ce qui apparaît dans la littérature spécialisée comme une augmentation modérée du nombre de cas se transforme en épidémie, d'autant plus que le terme charrie une lourde histoire. Un phénomène semblable peut être observé quant à ce que l'on dit des causes du trouble, encore aujourd'hui « d'étiologie inconnue ». Une grande part de la littérature sur la dimension sociale de l'anorexie et la boulimie repose ainsi sur la présomption que ces troubles ne peuvent qu'être une conséquence, par les thèmes qu'ils mobilisent, du caractère retors des sociétés occidentales contemporaines, de l'importance qui y est accordée à la minceur et au contrôle du corps ou du rôle assigné aux femmes. En fait, ces discours revêtent rapidement un fort caractère moral, pour ne pas dire moralisateur. Or, l'objet pose un ensemble de difficultés à l'analyse sociale et sociologique qui devraient entraîner une plus grande réserve de la part des auteurs, quelle que soit leur discipline d'appartenance.

1.6 Usages idéologiques et politiques des troubles alimentaires

Les troubles alimentaires semblent être, à la lumière de la diversité des explications avancées et des tentatives d'en faire sens, un objet d'étude hautement plastique. Encore aujourd'hui, l'ancrage culturel et social de ces différentes combinaisons de pratiques de jeûne, d'ascèse et de purge est considéré comme une énigme. Et, il faut le dire, le corps anorexique, beaucoup plus que le corps boulimique, dérange. Pourtant, les anorexiques ne pas les seules à afficher la maigreur qu'on leur associe. La

représentation qui est aujourd'hui celle des anorexiques était, dans les années 1980, rattachée aux sidéens. Dans cet esprit, Megan Warin note :

« Many media articles that I collected during my fieldwork used the same enticement of spectacle, depicting shocking colour images of young women's emaciated bodies, often semi-naked. People dying from cancer are rarely represented in the same exhibitionist manner » (2004, p. 96).

Si ces autres corps émaciés ne manquent pas de choquer, ils ne créent pas pour autant la commotion médiatique qui est celle de l'anorexie et de la boulimie. Or, dans ces cas, la cause des dommages est plus aisément identifiable. Dans les troubles alimentaires, on ne peut que spéculer sur la question.

Les pratiques anorexiques posent également problème : il n'est pas chose simple de partager un repas avec quelqu'un qui refuse de manger, alors qu'il est toujours un lieu majeur de la socialisation ordinaire. Les professionnels de la santé qui oeuvrent quotidiennement auprès de ces femmes s'entendent pour reconnaître aux anorexiques des traits de personnalité communs et n'hésitent pas à en parler comme de « patientes difficiles » (Darmon, 2003, p. 308), qui opposent généralement une résistance opiniâtre au traitement qu'on leur propose ou qu'on leur impose. De ce point de vue, ces femmes semblent jeter un pavé dans la mare du lien social. Faire sens des troubles alimentaires et des comportements qu'ils impliquent à partir de la société dans laquelle ils surviennent devient alors une nécessité. Il n'est dès lors pas surprenant que le discours sur les causes – sociales – de l'anorexie et de la boulimie tende à se transformer avec les époques et les préoccupations de l'heure.

C'est du moins la principale conclusion du travail de Vander Ven et Vander Ven (2003), qui ont exploré la littérature scientifique sur l'anorexie mentale en questionnant le thème récurrent d'un défaut du maternel comme cause principale du trouble. S'ils notent que, tout au long de la période étudiée (1940-2000), la description de la mère

« anorexigène » ne s'est pas significativement transformée, la représentation de la manière dont elle échoue dans son rôle tend à évoluer. À l'heure de gloire de la psychanalyse, des années 1940 jusqu'à la période d'après-guerre,

« [...] the mother is too ambitious and drawn away from her role as mother. She is selfish, authoritarian, and even mannish. According to the scholars of the post-WWII period (1939–1959), a bad mother is one who rejects the traditional values of motherhood » (Vander Ven et Vander Ven, 2003, p. 114).

Lorsque l'émancipation des femmes s'invite à l'ordre du jour, dans la seconde période interprétative que les auteurs situent entre 1962 et 1973, le trouble est plutôt compris sous l'angle de la relation d'objet. La mère est toujours égoïste et autoritaire, mais on ne l'accuse plus de refuser le rôle qui lui est traditionnellement réservé. On la blâme plutôt de placer ses besoins devant ceux de sa fille et de nuire à son autonomisation et à sa différenciation.

Le discours se renverse avec les écrits féministes de la fin des années 1970. Le problème n'est plus que la mère refuse de remplir adéquatement son rôle, mais qu'elle aurait abandonné la lutte contre la domination patriarcale. Sa fille se trouverait dès lors étouffée par les carcans du contrôle masculin du devenir et du corps féminins. C'est à ce moment que l'anorexie devient oeuvre de résistance. Vers la fin des années 1980 et dans les années 1990, la tendance à condamner les mères et les familles d'anorexiques entraîne un mouvement de protestation. C'est dès lors la culture de masse qui est mise au banc des accusés :

« Moreover, mothers became much more sympathetic, even heroic, symbols in this period. In these accounts, the anorexic daughter and her mother are seen as mutual casualties of a sexist culture where the devaluation of women's work, popular culture representations of female beauty, and dieting culture create an environment that makes it difficult to be a woman, mother, or daughter. Furthermore, mothers are not asked to abandon the essence of womanhood (i.e., their nurturing and relational attributes) or to stay out of the labor market. Instead, women are asked to attend to family roles and work roles » (Vander Ven et Vander Ven, 2003, p. 115).

Il n'est pas particulièrement étonnant que l'interprétation des phénomènes sociaux évolue à la mesure des sociétés dans lesquelles ils prennent place. La rapidité avec laquelle se transforment les interprétations de l'anorexie, qui sont d'ailleurs souvent ancrées dans la pratique clinique, a cependant de quoi surprendre, d'autant plus que l'on tend à rapprocher le phénomène tel qu'il se présente aujourd'hui de celui qui a été identifié il y plus d'un siècle par Gull et Lasègue. À cet égard, l'unanimité autour de la thèse de l'épidémie semble permettre de défendre une interprétation au goût du jour d'une manifestation que l'on ancre volontiers dans le siècle précédent⁶.

L'objectif, dans ce chapitre, était de mettre en question beaucoup plus que de nier l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des troubles alimentaires. Comme nous l'avons vu, les données épidémiologiques comme la menace d'une épidémie d'anorexie et de boulimie sont liées à nombre d'enjeux économiques, politiques et idéologiques. Mais, surtout, c'est sur cette menace que se fonde dans un premier temps l'hypothèse d'une implication causale du social dans ces pathologies. Une fois cette relation de cause à effet entre société et anorexie ou boulimie établie, la tâche des chercheurs consiste à identifier les traits pathogènes du social, envoyé sans plus de procès au banc des accusés. Une fois encore, il ne s'agit pas ici de nier une dimension sociale aux troubles alimentaires, mais de jeter un oeil critique sur la manière dont on comprend son implication.

La forme que prennent les troubles alimentaires et les termes qu'ils mettent en jeu ouvrent la porte à un ensemble fort varié et tout aussi contradictoire d'interprétations,

⁶ Il existe d'ailleurs plusieurs analyses de l'anorexie mentale et du contrôle du corps féminin dans la littérature de l'ère victorienne, où les pratiques d'ascèse et l'esthétique qui en découle permettent aux auteures d'illustrer la position sociale et politique des femmes bourgeoises de cette époque (voir entre autres Domínguez-Rué, 2010; Meuret, 2006; Silver, 2002).

lesquelles sont intimement liées aux intérêts scientifiques et politiques des auteurs. L'objet apparaît à cet égard comme fortement malléable, ce qui promet une grande fécondité sociologique. Les angles d'analyse potentiels sont nombreux, tout comme les dimensions de la vie sociale à l'oeuvre. Mais elles invitent également à la plus grande prudence épistémologique, méthodologique et interprétative. Il peut être fort tentant de tirer des conclusions sur le fonctionnement général de nos sociétés à partir des traits dominants de l'anorexie et de la boulimie. Or, l'opération n'est pas si simple, et ce qui paraît à première vue être une analyse riche peut rapidement devenir un propos fermé sur lui-même, détaché de la réalité empirique. Cet ensemble de difficultés sera examiné dans le prochain chapitre. J'en profiterai pour opérer une première conceptualisation du problème, afin de tirer le maximum des possibilités offertes par la sociologie pour comprendre le phénomène et les enjeux qui se posent dans l'interprétation de sa dimension sociale.

CHAPITRE II

CORPS, SUBJECTIVITÉ ET NORMATIVITÉ

Dans le chapitre précédent, j'ai présenté un survol de ce que l'on sait des troubles alimentaires et pointé les problèmes qui se posent dans le développement de ces connaissances. J'ai ainsi pu illustrer comment la construction du savoir, si objectif qu'il puisse paraître, obéit à des impératifs politiques et idéologiques qui orientent la manière dont sont pensées l'anorexie et la boulimie. Des difficultés semblables surgissent lorsque vient le temps de les réfléchir comme problème social ou comme problème du social. Cependant, les implications sont dans ce cas différentes. Ici, les enjeux ne sont plus tant diagnostiques ou cliniques que sociaux. Dans les pages qui suivent, je montrerai comment tout propos sur la dimension sociale des troubles du comportement alimentaire repose nécessairement sur une certaine conception de l'individu, du lien social et de la relation qui les unit. Cette représentation de la vie sociale peut être décomposée en trois dimensions, à savoir les dimensions corporelle, subjective et normative. J'arguerai également qu'une réflexion adéquate et féconde doit tenir compte de ces trois dimensions, lesquelles permettent d'assurer un ancrage empirique à des arguments qui, autrement, tournent rapidement à vide et ratent leur objectif principal, à savoir le développement d'une meilleure compréhension des processus sociaux à l'oeuvre dans l'anorexie et la boulimie.

2.1 Désordre mental, problème social ou problème du social ?

En quatrième de couverture de l'ethnographie de Gremillion (2003), Paula A. Treichler se décrit comme « someone in feminist theory, women's studies, and medical discourse analysis who had hoped she would go to her grave without ever having to read another word about anorexia nervosa » (citée dans Darmon, 2009). Au premier abord, l'affirmation a de quoi étonner. Cependant, lorsque l'on épeluche la littérature sur l'anorexie et la boulimie à la recherche d'une explication qui permettrait de rendre compte, de manière satisfaisante, de ces troubles comme de leur dimension sociale, une impression de trop plein se dégage rapidement. Les analyses sont aussi variées que peuvent l'être les disciplines mobilisées. La psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie, les études féministes ou les *gender studies*, les études postcoloniales, la philosophie, la sociologie, la médecine sociale, tout le monde semble avoir un avis sur la question. En fait, l'objet semble se prêter docilement à tout type d'analyse, de sorte que l'on peut facilement plaquer une grille interprétative et élaborer un discours sur le phénomène sans avoir approfondi d'aucune manière ni la grille interprétative, ni la compréhension de l'objet.

Il existe sans doute plusieurs causes à cet étrange phénomène. La relation en apparence tordue de l'anorexie – plus encore que de la boulimie – aux normes sociales, notamment celles autour du corps, est l'une d'entre elles. Les anorexiques répondent à l'injonction à la minceur, mais de manière telle que celle-ci perd tout son sens. Lorsqu'elles sont en traitement, à l'hôpital, on tente d'en faire de moins bonnes élèves, on barre la route à leur tendance perfectionniste, on les pousse à relâcher le contrôle exacerbé qu'elles exercent sur tous les domaines de leur existence, on tâche de neutraliser l'esprit compétitif qui les anime, cependant qu'ailleurs, à l'école, au travail, on cherche à stimuler ces mêmes qualités. En ce sens, l'anorexie et la boulimie apparaissent comme un enchevêtrement impressionnant de paradoxes qu'il semble à

première vue aisé de résoudre. Néanmoins, alors qu'elle cherche à toucher le coeur du problème, l'analyse, qu'elle se base sur le discours ou qu'elle opère une simple lecture du corps et de la subjectivité, se perd en spéculations et risque de réifier l'objet sans jamais élucider la question.

Si les troubles alimentaires peuvent servir d'illustration à plusieurs arguments chers à la sociologie en ce qui a trait, entre autres, au corps et à l'alimentation, ils semblent à plusieurs égards bien loin des objets traditionnels de la discipline, au même titre que l'autisme, la schizophrénie ou la psychose, par exemple⁷. De ce fait, et je suis sur ce point en désaccord avec Darmon (2009), peu de chercheurs ont travaillé à en élaborer une véritable sociologie. Pourtant, la question du recrutement des anorexiques et des boulimiques met en jeu nombre des variables sociologiques classiques : genre, âge, classe sociale. De ce point de vue, l'objet ne paraît pas si loin du suicide tel qu'étudié par Durkheim (1897). En fait, l'idée que l'anorexie mentale soit intimement liée à l'environnement social dans lequel elle survient est aussi vieille que le concept lui-même. Dans la description qu'en livre Lasègue en 1873, on peut lire :

L'apparition de ces signes dont la gravité n'échappe à personne redouble les inquiétudes : les amis, les parents inclinent à regarder la situation comme désespérée. Qu'on ne s'étonne pas de me voir, contrairement à nos habitudes, mettre toujours en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires et on aurait une notion erronée de la maladie en bornant l'examen à la malade. Du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est ici hors de doute, le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître (Lasègue, 2009, p. 8).

Dans sa manifestation individuelle, l'anorexie mobilise plusieurs thèmes fondateurs de la normativité contemporaine : autonomie, indépendance, volonté, discipline, minceur, contrôle du corps, performance et ainsi de suite. La boulimie, quant à elle, semble

⁷ Marcelo Otero note, avec Roger Bastide (1965), que « les névroses génériques semblent constituer un objet d'étude plus adéquat pour la sociologie que les psychoses génériques » (2012a, p. 47).

répondre directement à la double invitation à la consommation et à la restriction alimentaire qui caractérise la culture de masse. En conséquence, si la réflexion sociologique sur les troubles alimentaires s'est jusqu'ici faite discrète, le phénomène n'a pas pour autant échappé à l'analyse sociale.

L'engouement actuel des sciences sociales pour l'étude de l'anorexie et des troubles du comportement alimentaire est indissociable de l'idée que depuis les années 1960, le nombre de cas aurait augmenté de manière radicale, ce qui apporterait la preuve que ces troubles sont bien le fruit de dynamiques propres aux sociétés contemporaines. Cependant, comme nous l'avons vu, les obstacles méthodologiques à la fois lourds et nombreux que rencontre l'épidémiologie fait de la démonstration d'une augmentation drastique du nombre de cas dans les dernières décennies une opération fort périlleuse, et la vaste majorité des auteurs ayant noté une telle augmentation invitent à la prudence. En fait, il semble que la conviction que l'anorexie mentale touche une population toujours plus large se soit répandue bien avant que des données scientifiques ne permettent de l'appuyer et de l'élever au niveau d'énoncé scientifique (Hof et Nicolson, 1996). Laisser de côté l'idée d'une épidémie contemporaine des troubles du comportement alimentaire ne signifie pas nier leurs racines sociales. Seulement, dans ce contexte, commenter les transformations de la société n'équivaut pas à en identifier les causes. Il importe ici de ne pas confondre les divers courants qui donnent sens à l'anorexie, à la boulimie et à leur expérience avec les processus – nécessairement sociaux – qui mènent au développement d'un trouble alimentaire chez un individu particulier; ce sont deux objets d'étude distincts, et comprendre l'un n'est pas comprendre l'autre.

Conséquence peut-être du poids qu'on a accordé à l'épidémie de troubles alimentaires pour attester de leur dimension culturelle et sociale, encore aujourd'hui, peu d'ethnographies d'ampleur ont été complétées. Gremillion (2002; 2003), Lester (1997;

2007), Darmon (2003) et Gooldin (2008) ont toutes mené enquête à l'intérieur de structures de traitement, nous permettant d'en apprendre un peu plus sur les enjeux du rétablissement anorexique, lequel se traduit toujours, bien que théorisé de différentes manières, par un retour dans la norme. L'étude de Warin (2010), qui a oeuvré dans divers centres de traitement mais s'est également intéressée au quotidien des anorexiques qu'elle a cotôchées, offre un aperçu des plus précieux de l'ensemble des dimensions qui agissent dans le trouble, lequel paraît dépasser largement les questions du genre et de la minceur. Néanmoins, le travail de Warin est l'exception plutôt que la règle. Je partage en la matière le constat de Gooldin :

« Therefore, although our knowledge of anorexia – as a symbolic cluster of meanings – is relatively elaborated and has contributed to the politicization of women's pathologies within contemporary patriarchal cultures, scant anthropological attempts have been made to study anorexia from within; that is, as a situated knowledge of anorexic women, anchored in lived experiences and associated with the anorexic body. Consequently, from the point of view of a medical anthropologist, although we know quite a lot about anorexia, we know very little about anorexics » (2008, p. 278).

Le savoir sur l'anorexie et, par extension, sur la boulimie, ne peut être que fragile et partiel sans une connaissance du vécu des anorexiques, des pratiques qu'elles mettent en oeuvre, du sens qu'elles leurs attribuent, des valeurs qu'elles défendent et de la manière dont elles incarnent le trouble. Ce n'est qu'en soumettant les analyses – nombreuses et éclatées – à l'épreuve de la réalité empirique que la réflexion sur les troubles alimentaires pourra retrouver une certaine cohésion et atteindre ses visées explicatives, compréhensives, thérapeutiques ou émancipatrices. Ceci est d'autant plus vrai qu'en entrant dans l'anorexie, les individus concernés pénètrent un univers et incarnent un rôle déjà surchargé de significations (Allen, 2008), toiles sémantiques à partir desquelles ils reconstruiront le sens de leurs actions. Porter attention aux pratiques permet de mettre en perspective les discours livrés et de dégager les éléments qui échappent au langage, laissant irrésolue l'énigme de la relation entre anorexie et culture.

Il semble en fait que le problème dans les troubles alimentaires ne soit pas tant que l'objet se déroble à l'analyse sociologique, mais bien qu'il n'offre aucune résistance au discours sociologisant. Si l'anorexie et la boulimie peuvent effectivement être de genèse sociale, c'est à partir de l'expérience qui en est faite – nécessairement intime et singulière – qu'on peut les comprendre, et non pas à partir de l'ordre social. Or, le discours n'offre qu'un pâle rendu de l'épaisseur de cette expérience. Bazin (1998) ou Schütz (2008), pour ne nommer que ceux-là, n'ont eu cesse de répéter que l'action et le sens de l'action sont deux objets distincts, et que l'on ne peut pas réduire l'un à l'autre. En conséquence, il est bien incertain que l'analyse toujours plus fine, toujours plus nuancée des traits des sociétés contemporaines susceptibles d'alimenter l'anorexie et la boulimie – construction du genre et imaginaire du corps féminin, idéaux esthétiques, exigences du capitalisme, individualisme – ait permis de remplir les visées compréhensives, au sens weberien du terme, qui devraient être celles de quiconque s'occupe de domination ou de rémission. Il importe, contrairement à ce qu'avance René Girard (2008) avec une arrogance certaine⁸, de se méfier des relations de causalité simplistes, des analyses théoriquement séduisantes mais impossibles à vérifier. Jusqu'à maintenant, plus qu'à toute autre chose, l'esprit anorexique ou boulimique ressemble à un puit infini de significations, dont on pourrait étudier des années durant les paradoxes sans jamais arriver à percer le mystère. Or, ces paradoxes s'évaporent dès qu'on interroge l'anorexie non pas là où elle se donne à dire, mais bien là où elle se donne à vivre : à travers les pratiques et leur théâtre principal, le corps.

⁸ « Le mérite de nos troubles alimentaires en ce moment historique est de rendre manifeste la faillite de toutes les théories qui dominent encore nos universités. Le problème n'est pas que ces troubles alimentaires sont trop complexes pour nos systèmes actuels d'interprétation – ce qui mettrait l'eau à la bouche des théoriciens. Les problème est qu'ils sont trop simples, trop faciles à comprendre » (Girard, 2008, p. 43).

2.2 Le corps hors-norme comme limite du social

La résistance qu'opposent l'anorexie et la boulimie à l'analyse sociologique n'est peut-être pas étrangère au fait que plusieurs éléments y dérangent le lien social. J'entends par ici que ces troubles interpellent, perturbent et appellent à une réflexion sur la société. Parmi les éléments déroutants, je l'ai déjà mentionné, on trouve au premier chef le corps anorexique tel qu'habituellement représenté, un corps décharné, aux allures cadavériques, dont on s'étonne qu'il puisse encore se mouvoir. Dans la boulimie, les pratiques purgatives suscitent une répulsion d'une ampleur semblable. En fait, toutes les anorexiques n'affichent pas la maigreur extrême qu'on accole au trouble. Néanmoins, dans l'imagination populaire, c'est d'abord à cette image qu'il est associé. Plus que le jeûne, les vomissements provoqués ou la pratique sportive intense – qui soulèvent aussi la réprobation – c'est d'abord ce corps qui suscite non seulement l'horreur et le dégoût, mais sert aussi de prétexte au jugement moral, lequel ne manque pas d'apparaître dès qu'entrent en scène des corps non conformes.

Dans un article intitulé « *Teaching the Politics of Obesity : Insights into Neoliberal Embodiment and Contemporary Biopolitics* », Julie Guthman décrit et analyse les réactions des étudiants d'un cours, enseigné à la University of California Santa Cruz, dans lequel elle a mené un examen critique des représentations et des politiques de l'obésité aux États-Unis. Elle témoigne :

« In teaching the course, I was struck by the degree to which it made students mad (in the dual sense of both angry and crazy). I argue that the intensity of reaction was more than a commentary on abiding views of fat people. Rather, it expressed something about the power of *contemporary* discourses on obesity as they relate to neoliberal rationalities of self-gouvernance, particularly those that couple bodily control and deservingness » (2009, p. 1111).

S'appuyant sur un cadre conceptuel post-foucauldien, Guthman avance que la « gouvernementalité néolibérale » et le souci de soi (*care of the self*) qu'elle implique,

articulés aux notions d'identité performative et de malléabilité du corps, participent à la formation de la représentation du corps gras et de l'ensemble des caractéristiques morales qui lui sont associées comme relevant d'un choix volontaire et conscient. Ce faisant, la remise en cause de la construction sociale de l'épidémie d'obésité et des représentations du gras entraîne dans son sillage celle d'un ordre moral plus vaste : « Obesity discourse, in that way, has contributed to what might be called a neoliberal biopolitics that couples control and deservingness and deems the improperly embodied subject as a problem for the broader social body » (p. 1126). L'obésité, comme l'anorexie et la boulimie, apparaît ici profondément inscrite dans l'ordre social et moral, ainsi qu'en témoignent les réponses qu'elles provoquent.

Ouvrant dans le même contexte moral, Warin (2004) a noté deux attitudes distinctes adoptées par les journalistes qui ont fait état de son travail. D'une part, ils ont cherché à assimiler le corps anorexique au corps étranger. D'autre part, ils l'ont donné en spectacle à leur lectorat. Dans ce cadre, le corps anorexique comme corps hors-norme s'est trouvé à la fois examiné de près et mis à distance. Ces corps qui ne peuvent être saisis à partir des catégories et oppositions généralement admises, qui outrepassent les frontières qui déterminent les corps dits « normaux », tendent à devenir l'objet sur lequel la société cristallise ses angoisses et consolide ses limites (Garland Thomson, 1996, p. 2). Leur ambiguïté intrinsèque (homme ou femme ? mort ou vivant ? humain ou non ?) défie l'ordre normatif et bouscule les termes suivant lesquels chacun se définit. En ce sens, l'expérience du corps hors-norme peut être comprise comme survenant aux limites du social

C'est d'ailleurs autour de la notion de limite que s'organise une bonne partie de la réflexion sur les corps inclassables. Grosz décrit les enjeux qui se posent en ces termes :

« I am interested in the question of human freaks not simply for voyeuristic reasons – although these must no doubt play a part – but also because I am interested in the

psychical, physical, and conceptual *limits* of human subjectivity, that is, what the nature and forms of subjectivity consist in and the degree to which social, political, and historical factors shape the forms of subjectivity with which we are familiar; and the degree to which these factors are able to tolerate anomalies, ambiguities, and borderline cases, marking the threshold, not of humanity in itself, but of acceptable, tolerable, knowable humanity » (1996, p. 55).

Dans la même veine, commentant, un peu plus de quinze ans après sa publication, son ouvrage pionnier *Freaks : Myths and Images of the Secret Self* (1978), Leslie A. Fiedler affirme :

« In this study, I found that the archetypal outsider was figured not by the woman, the homosexual, the Jew, the Red Man, and the Black, as it often has been in classic American literature. Instead, I discovered that the strangely formed body has represented absolute Otherness in all times and places since human history began » (Fiedler, 1996, p. *xiii*).

Les corps à première vue incompréhensibles, et parmi ceux-ci les corps anorexiques et boulimiques, tracent la frontière à partir de laquelle le sujet – lire ici le sujet normal, acceptable – se forme. Si la théorie nous permet de situer le corps hors-norme à l'extérieur du social, force est de constater qu'anorexiques, boulimiques, obèses et handicapés ne sont pas exclus des espaces publics : ils fréquentent les mêmes rues, les mêmes écoles, les mêmes hôpitaux, les mêmes centres commerciaux que le commun des mortels. Ils ont des amis, des familles, des parents et des enfants. Il devient donc urgent, d'une manière ou d'une autre, de faire sens de ces corps. Les sciences sociales, la médecine, les médias y oeuvrent, produisant des grilles à partir desquelles ils pourront être lus. Or, celles-ci ne font pas que conférer un sens à ce qui, autrement, bouscule notre conception de la société, de ce qui en participe, de ce qui lui est extérieur. Comme le montre Guthman (2009), ces grilles statuent intrinsèquement sur ce qui acceptable et inacceptable, le bien et le mal. En un mot, elles sont aussi morales. Plus encore, la profondeur à laquelle sont ancrées ces grilles de lecture est telle qu'il semble que les pratiques et les formes des corps qu'elles produisent déterminent la manière dont ils seront lus.

Par sa nature comme par ses exigences, c'est dans le discours médiatiques que se révèle le plus clairement le travail moral que l'on opère en regard des corps hors-normes. La lecture médiatique des corps anorexiques se trouve prise dans un paradoxe : dans un univers discursif qui fait de la minceur un synonyme de santé, de beauté, de succès, de performance, de discipline et de contrôle de soi, comment rendre compte d'un trouble potentiellement fatal, mais qui obéit néanmoins à cette logique et à sa définition du bien ? Une astuce rhétorique relativement simple est ici mise en oeuvre. Comme le montrent nombre des analyses de contenu de la presse jaune, des quotidiens à grand tirage et des magazines féminins principalement américains, il suffit de présenter les anorexiques comme étant atteintes d'un mal extérieur, qui échappe à leur volonté, pour rendre compte du trouble tout en laissant intact le système normatif et moral sur lequel repose l'ensemble des discours du gras et du maigre. Ainsi, alors qu'on pourrait aussi penser que la restriction alimentaire ou la discipline extrême qui font l'anorexie sont affaire de volonté, on présente plutôt le trouble comme un mélange complexe de causes biologiques, psychologiques et sociales, dont personne n'est vraiment responsable. Toutefois, si l'anorexie s'abat sur la jeune femme en dépit de sa volonté, on tient pour acquis que c'est à force de volonté qu'elle pourra s'en sortir. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que, si l'on argue que l'anorexie peut être vaincue par l'individu lui-même, la responsabilité du traitement et de la guérison repose sur les épaules du corps médical. Quand, dans la presse, on raconte l'histoire de l'anorexie, on raconte surtout l'histoire d'un combat et d'une héroïne. Une certaine gloire est toujours rattachée au personnage (Burns, 2004; Ferris, 2003; Squire, 2003).

Malgré l'absolution que l'on accorde à celles qui en souffrent, l'anorexie n'en est pas moins présentée comme une déviance qu'il faut corriger. Ce ne sont cependant pas les pratiques anorexiques qui posent problème, mais leurs conséquences, soit, ultimement, l'émaciation et la mort (Burns, 2004). Toutefois, si les restrictions alimentaires sont synonymes de contrôle, de succès ou de discipline, elles peuvent aussi être perçues

comme extrêmes et obsessives. Néanmoins, c'est ici encore l'apparence du corps, et non pas les pratiques en elles-mêmes, qui marque la frontière entre le normal et le pathologique. Dans l'obésité, on applique une logique exactement inverse, en conformité avec la grille de lecture morale qui guide le discours médiatique sur la question.

À l'inverse de l'anorexie, qui est un personnage médiatique en soi, la boulimie occupe une position plutôt ambiguë. Elle n'est pourtant pas moins courante que l'anorexie et en est souvent partie prenante. En fait, la boulimie s'avère être subordonnée à l'anorexie, trouble canonique auquel on se réfère pour comprendre tous les autres. Si l'anorexie est présentée comme une affaire de contrôle, les pratiques boulimiques (compulsions alimentaires, vomissements, recours aux laxatifs, etc.) sont plutôt désignées honteuses : « Representations of bulimic experience are overwhelmingly structured through responses of disgust and horror that evidence certain understandings about femininity and embodiment » écrit Squire (2003, p. 17). Plus encore, cette appréhension de la boulimie se donne à lire jusque dans les fondements de la pensée psychologique sur le trouble. Par exemple, Burns (2004, p. 275) met en exergue un extrait d'un article publié par Hilde Bruch en 1985 (p. 12) :

« They [women with bulimia] make an exhibitionistic display of their lack of control or discipline, in contrast to the adherence to discipline of the true anorexics. [...] The modern bulimic is impressive by what looks like a deficit in the sense of responsibility. Bulimics blame their symptoms on others ».

Comme le remarque Burns, les boulimiques, ici, manquent de quelque chose par rapport aux anorexiques, qu'il s'agisse de discipline, de contrôle, ou d'un sens des responsabilités. Elles incarnent en ce sens une moralité douteuse. Néanmoins, comme on comprend aussi la boulimie à l'intérieur de la quête de minceur, on accorde aux boulimiques le même bénéfice du doute qu'aux anorexiques. Elles ne sont donc pas présentées comme étant responsables de leur comportement : le trouble agirait au-dessus

de leur volonté. On en fait aussi des victimes, mais pas des héroïnes, la boulimie conservant toujours une connotation négative.

L'obésité est interprétée à partir de la même logique normative, mais se retrouve de l'autre côté du spectre. En effet, si les anorexiques sont exonérées de toute responsabilité quant à la forme de leur corps, les obèses ne sont toujours que les artisans de leur propre malheur. Parler d'obésité dans les médias est presque toujours l'occasion de rappeler que la santé est à la fois un choix individuel et une obligation morale. La constitution d'une personne, ses prédispositions génétiques par exemple, n'offrent aucune excuse à l'individu qui n'a qu'à agir en conséquence pour rétablir la situation. Julie E. Ferris (2003), par la comparaison qu'elle opère entre le traitement médiatique de l'anorexie de Tracey Gold et de l'obésité de Carrie Wilson, chanteuse et présentatrice télé, illustre cette logique avec éloquence. Carrie Wilson a eu recours à la chirurgie pour vaincre son obésité, une opération largement couverte par la presse *people* et diffusée en direct sur Internet. Les différents médias qui ont couvert le dossier arguent qu'en recourant à une opération chirurgicale, en court-circuitant les chemins prescrits et habituels vers le retour à un corps dans la norme, la chanteuse aurait pour ainsi dire triché. En s'appuyant sur la médecine, au lieu d'opter pour la restriction alimentaire et l'exercice physique, elle aurait révélé sa paresse, son manque de discipline.

Dans les écrits sur Wilson, lorsqu'on mobilise la figure de l'héroïne, c'est pour montrer ce qu'elle ne sera jamais parce que, dans le passé, elle se serait montrée lâche et négligente, et le sera fort probablement dans l'avenir. De même, on insiste grandement sur les risques pour la santé que posent à la fois l'obésité et le recours à la chirurgie, ce qui en fait un choix irresponsable. L'argent est également une préoccupation importante, dans le cas de Wilson comme par rapport à l'obésité en général, alors qu'on ne soulève jamais la question en regard de l'anorexie. Plus encore, cette inquiétude

financière se pose tant du point de vue individuel que social. Pour Guthman, cette manière de comprendre l'obésité, comme un coût pour les contribuables et un poids pour la nation et l'État, est une expression parmi d'autres du régime néolibéral :

« [...] this model places emphasis on personal responsibility in the care of the self for the care of the social. [...] This seems a specifically neoliberal regime of biopower, with its invocation of taxation and state costs as a rationale for self-discipline » (2009, p. 1116).

Ces diverses interprétations de l'anorexie, de la boulimie et de l'obésité montrent la profondeur à laquelle sont ancrées les grilles de lecture qui déterminent les qualités morales associées à tel ou tel type de corps, qu'il soit trop gras, trop maigre, musclé, trop musclé, désobéissant, incontrôlable, exhubérant...

Les discours sur les corps hors-normes ne portent jamais que sur le corps, mais toujours aussi sur la subjectivité de celui qui l'incarne. On cherche à expliquer le corps, mais on raconte surtout celui qui l'habite. Ainsi l'anorexique, maigre donc en contrôle, ne peut pas être autre chose qu'une victime. On ne peut pas lui reprocher son laisser-aller, son manque de volonté ou ses lacunes disciplinaires. L'obèse, à l'inverse, n'a manifestement pas mis en oeuvre les moyens pour se forger un corps acceptable, en santé, comme en témoignent les mouvements de sa chair en trop. Autrement dit, on ne parle jamais que du corps, toujours présenté comme le reflet et le produit d'une subjectivité. Cette interprétation morale du corps n'est pas présente que dans les médias, mais c'est peut-être là qu'elle est le plus visible. L'examen de ces discours révèle la facilité avec laquelle s'opère le glissement du corps à la subjectivité. Le corps, et plus encore le corps hors-norme, apparaît ici comme un objet d'étude qui devient rapidement le support idéal du jugement moral tant de l'individu que de la société.

2.3 Difficultés méthodologiques

Alors que, par sa forte consonance morale, l'objet d'étude se prête facilement au travail idéologique, les analyses des troubles alimentaires comme phénomène social tendent à les réduire à un ensemble de discours et de représentations qui s'inscrivent sur le corps et le définissent en entier. Le corps vécu, pratiqué et ressenti est de ce fait régulièrement absent de l'équation, alors qu'il en représente le coeur même. Le problème est d'autant plus complexe que l'enquête par entretien, de loin la plus utilisée en sciences sociales lorsque vient le temps d'étudier la dimension sociale des troubles du comportement alimentaire, pose deux difficultés majeures.

D'abord, les femmes qui ont fait l'objet d'un diagnostic de trouble alimentaire sont bien souvent rompues à l'exercice, résultat des nombreuses rencontres avec les médecins, psychiatres, psychologues ou autres thérapeutes. Le cadre hospitalier, dans lequel ont lieu la majorité des enquêtes ethnographiques sur la question, impose une certaine conception du trouble, laquelle infuse la manière dont les jeunes femmes font état de leurs actions (Darmon, 2003). Éloquente est à ce sujet Paula Saukko (2008), qui a intitulé « *Rereading the Stories That Became Me* » le témoignage autobiographique avec lequel elle ouvre son analyse des troubles alimentaires. Son expérience de l'anorexie est indissociable du discours diagnostique, langage et logique à travers lesquels elle a reconstruit son expérience : « there is no anorexic me outside of these stories that have become me » (2008, p. 17). Pour elle,

« There is no genuine anorexic experience to be discovered under the rubble of decades of diagnostic treatments and explanations, and searching for the wild or real anorexic experience can easily become a form of self-diagnosis where internalized psychiatric theories are rehashed and represented as authentic voices of the subaltern » (2008, p. 17).

Se pose en conséquence une deuxième difficulté, cette fois d'ordre épistémologique : il s'agit de ne pas confondre l'anorexie ou la boulimie comme expérience intime,

singulière, faite de pratiques, d'impulsions, de cognitions et de sensations, avec sa reconstruction dans un discours, lequel sera inévitablement formé par le contexte dans lequel il est produit. L'étude de ces discours est avant tout l'étude de la manière dont ces femmes reconstruisent, pour elles-mêmes et pour les autres, le sens de leurs pratiques, mobilisant pour ce faire les ressources que leur offre la société dans laquelle elles vivent.

En se concentrant sur le discours, l'analyse tend à passer outre le fait que l'expérience des troubles alimentaires – tout comme l'expérience de la vie sociale – n'est jamais détachée du corps, que la subjectivité se construit, se vit et se transforme à travers le corps. Agir sur le corps, c'est aussi agir sur la subjectivité, et inversement. Une part essentielle du problème est ainsi laissée de côté lorsque la démarche consiste à *lire* les corps anorexiques et boulimiques, à en interpréter les traits saillants pour comprendre comment le social s'y imprime. Ce n'est qu'en posant aussi le regard sur l'expérience charnelle qu'il devient possible d'ancrer vraiment la réflexion dans le vécu des anorexiques et des boulimiques, vécu nécessairement intime et singulier, discursif mais aussi incarné.

Pour cette raison même, l'étude combinée de l'univers de sensations, des pratiques et du contexte (individuel) qui font les troubles alimentaires est précieuse à qui cherche à saisir la manière dont ils s'arriment à la vie sociale. Il n'est bien entendu jamais possible d'accéder à la totalité de l'expérience; il n'est toutefois pas irréaliste de chercher à accéder aux habitudes, aux pratiques ou aux sensations qui en participent aussi, de même qu'à la ligne narrative par laquelle les personnes concernées l'intègrent à leur récit. S'engager dans une telle démarche, c'est réfléchir le problème au-delà des limites de la pathologie, le replacer au sein de l'histoire des femmes concernées, mais aussi de sa vie quotidienne, qui est toujours teintée par le trouble mais ne s'y réduit pas. L'ethnographie est un outil précieux pour accéder à la diversité des expériences

individuelles de ces troubles. Mais c'est lorsqu'elle est réalisée hors des murs de l'hôpital, qu'elle interroge le quotidien et l'ordinaire de l'anorexie et de la boulimie, qu'elle semble le plus féconde, ainsi que le démontre l'exigeant travail d'enquête réalisé par Warin (2010).

Il en va de même pour toute stratégie de recherche qui replace les discours au sein de l'histoire de vie et de l'expérience de l'individualité, permettant d'accéder aux processus qui concourent à l'émergence de l'anorexie et de la boulimie plutôt qu'aux dynamiques discursives qui organisent les termes par lesquels elles deviennent une expérience signifiante. Il semble que, si l'on porte attention aux troubles alimentaires comme vécu sensuel, à la manière dont est ressenti et pratiqué le corps, on voit émerger un ensemble de traits qui permettent d'apercevoir de quoi est faite leur expérience intime et quotidienne. Il paraît également crucial de s'élever au-delà de l'étude d'un seul modèle qui permettrait d'unifier tous les cas d'anorexie rencontrés et de rendre compte de tensions et de dynamiques que l'on retrouverait partout. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement d'identifier ce qu'il y a de commun à toutes les femmes souffrant d'anorexie ou de boulimie, mais aussi d'interroger la diversité des expériences, lesquelles sont inséparables du contexte qui leur donne sens.

2.4 Pratiques du corps anorexique ou boulimique

Des milliers de pages ont été écrites sur les dimensions culturelles et sociales des troubles alimentaires, sur leur signification pour les sociétés occidentales contemporaines. À l'inverse, remarquablement peu a été dit sur ce que font ces femmes. À ce sujet, les quelques enquêtes ethnographiques mentionnées plus haut peuvent légitimement revendiquer le monopole. En conséquence, alors que l'on cherche un sens à la privation, à la purge ou à l'amaigrissement extrême, on passe outre cette dimension

essentielle du problème qu'est le corps ressenti et pratiqué, qui s'avère pourtant riche en enseignements, pour peu qu'on lui porte attention.

C'est ainsi que l'étude des pratiques qui font l'anorexie et la boulimie est précieuse à quiconque qui cherche à saisir les processus en jeu dans ces troubles. O'Connor et van Esterik développent une telle approche qui s'appuie entre autres sur le travail ethnographique de Gremillion (2003) et de Warin (2003; 2005; 2006), sur l'enquête de Garrett (1998) et sur leur propre travail d'enquête. Sous leur plume, l'anorexie devient un problème moral :

« Instead of adolescent girls literally dying for looks, we found youthful ascetics – male as well as female – obsessing over virtue, not beauty. Their restricted food intake was never just instrumental (the means to weight loss) but always also expressive or adventurous or even accidental » (2008, p. 6).

Ce faisant, ils répètent ce que d'autres ont dit avant eux, mais qui ne semble toujours pas avoir été entendu : la prise en charge médicale de l'anorexie est radicalement détachée de l'expérience des anorexiques elles-mêmes et des significations qu'elles attribuent à leurs actions. Ils affirment :

« [...] if we examine the individual/society distinction, we see that in isolating anorexics as abnormal, medicalization takes them out of the environment that gives them social and moral reasons to restrict. Suddenly their actions look completely senseless, inviting arbitrary psychological and biological guesswork. Yet all we had to do was put the person back in context for the obvious evidence to suggest that anorexics were misguided moralists, not cognitive cripples » (p. 7).

En conséquence, ils proposent de saisir l'anorexie comme la mise en place d'une identité vertueuse, qui pose problème lorsqu'elle se mêle aux pratiques alimentaires.

Adhérant à l'hypothèse d'une genèse sociale de l'anorexie, les auteurs soulignent la présence, chez les anorexiques, de trois dispositions qui, réunies chez une même

personne, la rendent particulièrement sujette à développer le trouble. La première est une disposition *performative*. Ils disent : « Although most children perform for the admiration of parents and teachers, our informants had long built their sense of who they were, and how they thought, felt and acted, around sustained superior performance » (p. 9). En somme, les anorexiques se construisent à travers un récit d'excellence, lequel se trouve sans cesse confirmé par le regard qu'on porte sur elles. La deuxième disposition est une disposition *ascétique*, qui renvoie à l'inclination à l'autodiscipline, au contrôle de soi, à la volonté de toujours agir au-delà de ses capacités actuelles en dépit des besoins physiques, ce que certains appellent la volonté de se dépasser. La troisième disposition est *vertueuse* et caractérise ceux et celles qui s'attachent à remplir les attentes qu'on entretient envers eux. Ce sont les individus que l'on présente comme de « bons enfants » ou comme des « élèves brillants ». L'approche développée par O'Connor et van Esterik, enracinée dans l'ordinaire de la vie des adolescentes, permet une saisie de l'anorexie qui ne démonise ni ne glorifie les principales intéressées.

Certes, O'Connor et van Esterik ne sont pas les premiers à décrire l'anorexie mentale telle qu'on la connaît aujourd'hui comme un ascétisme. Elle a abondamment été réfléchi en relation avec les anorexies saintes ou mystiques (entre autres Bell, 1985; Bynum, 1987; Maître, 2000). Le cas de Simone Weil montre une anorexie ouvertement spirituelle. Néanmoins, nombre de ces travaux (à l'exception des écrits de Bynum) tendent à plonger dans la subjectivité anorexique pour y dénicher les intentions qui pourraient motiver des pratiques en apparence absurdes, sans toutefois fonder leur analyse sur un travail empirique qui les autoriserait à discourir sur les motifs des femmes dont ils parlent. Traitant de dispositions et non pas de motivations ou d'intentions, O'Connor et van Esterik contournent cet obstacle et décrivent le processus qui peut mener à l'anorexie sans présupposer une intentionnalité derrière les gestes posés. Ce faisant, ils mettent en lumière la dimension morale du trouble, qui contient

bien, après tout, une critique du lien social, sans faire de l'anorexie elle-même le fruit des problèmes de nos sociétés.

2.5 Vers l'étude sociologique des concept d'anorexie et de boulimie

À ce stade de la réflexion, deux grandes avenues s'offrent à qui souhaite élaborer une interprétation sociologique de l'anorexie et de la boulimie. Le choix relève de l'arbitraire, dans la mesure où elles peuvent toutes deux contribuer à approfondir la compréhension des sociétés contemporaines. La première consiste à poursuivre le travail amorcé entre autres par Warin et O'Connor et van Esterik. Il s'agit de mener un travail ethnographique qui permettra de documenter le quotidien et les pratiques qui échappent au regard clinique, notamment les pratiques du corps et de l'intime. Un tel travail permettrait de mieux saisir le contexte dans lequel émergent ces troubles, la manière dont ils se donnent à vivre et les processus qui permettent tant leur mise en place que leur maintien. Une telle entreprise mènerait à une meilleure compréhension des logiques internes de l'anorexie et de la boulimie ainsi que de la manière dont celles qui en sont atteintes évoluent dans leur environnement, à savoir l'école, le travail, la famille, les cercles d'amis ou les milieux thérapeutiques. Comme le démontrent éloquemment O'Connor et van Esterik, cette démarche pourrait servir plus ou moins directement le travail clinique, en permettant de remettre les troubles alimentaires dans leur contexte, hors duquel ils perdent leur sens.

Dans la mesure où la réflexion dans sa forme actuelle tend à regarder *à travers* ces femmes bien plus qu'à les regarder elles-mêmes (O'Connor et van Esterik, 2008, p. 6), cette démarche permettrait d'extraire les troubles alimentaires des toiles de significations qui brouillent le regard bien plus qu'elles n'éclairent le phénomène, pour les réinscrire dans l'histoire de celles qui en souffrent. Ceci permettrait également de

mettre au moins partiellement en lumière les processus sociaux qui marquent l'expérience de l'anorexie et de la boulimie. Cette avenue de recherche serait aussi un moyen de documenter les expériences du corps hors-norme, lequel fait inévitablement face aux pressions normalisatrices, notamment celles de l'institution médicale.

L'autre voie, qui est celle que j'emprunterai, consiste à étudier ce que l'on dit des troubles alimentaires. Dans ces propos, on retrouve un trouble qui semble différer significativement de ce que vivent effectivement les principales intéressées. Les médias lui attribuent diverses significations, que j'ai présentées brièvement plus haut. Il existe également une littérature abondante produite surtout par des femmes touchées par l'anorexie ou la boulimie, dans laquelle elles racontent leur histoire, leur expérience de l'anorexie et, souvent, leur passage par l'hôpital ou les centres de traitement. Cependant, pour les questions qui m'occupent ici, les discours scientifiques semblent proposer le matériel d'analyse le plus riche. Après tout, les concepts d'anorexie et de boulimie sont avant tout une création de l'institution médicale.

Certes, pour l'anorexie, le phénomène que cherchait à encapsuler le concept n'était pas sans histoire. Les cas d'anorexie saintes et mystiques étaient à l'époque connus. De même, les « fasting girls », des jeunes filles issues des classes défavorisées, principalement américaines et anglaises, dont on prétendait qu'elles avaient survécu des années sans manger et qui, malgré la distance qu'en prenait l'Église, étaient souvent l'objet d'adoration et perçues comme miraculées, avaient déjà attiré l'attention (et les soupçons) des médecins de part et d'autre de l'Atlantique (Brumberg, 2000). Si les anorexies saintes s'inscrivaient résolument dans la sphère du religieux, les *fasting girls* mettaient en relief une hésitation entre l'interprétation religieuse et l'interprétation médicale du jeûne extrême. La naissance du concept d'anorexie mentale marque l'entrée définitive des pratiques restrictives et ascétiques dans la sphère du médical, un processus que Brumberg interprète comme une « transition from sainthood to

patienthood, a process that historians describe with two familiar words, secularization and medicalization » (2000, p. 7). Pas plus à l'époque qu'aujourd'hui on ne parvient à identifier les causes de ce mal somme toute étrange, dont les principaux symptômes, tant selon Gull (1874) que Lasègue (1873), sont l'émaciation extrême et ses conséquences physiologiques.

De même, la plasticité des troubles alimentaires comme objet d'étude en fait un objet tout désigné pour mener les luttes disciplinaires. Encore aujourd'hui, le débat est vif sur leurs causes, leurs dynamiques internes, les significations à leur associer et les voies thérapeutiques à suivre. En France surtout, on peut la considérer comme une lointaine héritière de l'hystérie. Comme le rappelle Hacking :

« In the period 1895-1910, hysteria ceased to be central to French psychiatry. [...] Mark Micale has shown how the symptoms of hysteria, insofar as they persisted, dissipated into other diagnoses. Hysteria, Micale writes, “vanished into a hundred places in the medical textbooks”. And, as he says, “the large majority of these changes took place during 1895-1910”. Freud's anxiety neurosis collected some bits of hysteria; so did Kraepelin's dementia praecox, the predecessor of schizophrenia; likewise Janet's diagnosis of psychasthenia - and many more that are today remembered chiefly by historians of medicine » (1995, p. 133).

Encore aujourd'hui, la psychanalyse cherche à saisir les causes de ces troubles sans trop s'attarder aux avenues thérapeutiques, lesquelles prennent le plus souvent la voie de l'analyse et de la parole. La psychologie cognitivo-comportementale s'intéresse bien peu à leurs causes pour plutôt se concentrer sur les possibilités de les guérir. Mara Selvini Palazzoli, dans les années 1960, a fait de l'anorexie mentale son fer de lance pour démontrer la pertinence de la thérapie familiale. Et on ne sait pas encore vraiment ce qu'est une anorexique ou une boulimique « guérie ». Mais, dans la plupart des cas, on reconnaît une forte dimension sociale aux troubles alimentaires, et si l'on se refuse à la reconnaître, on produit le plus souvent un argument sur la question. C'est donc dire que le discours sur les causes et les dynamiques de l'anorexie et de la boulimie sera aussi un discours sur le social pathogène, alors qu'une définition de ce que serait un

retour à la santé devra se faire en référence à ce que serait une individualité dite « normale ». C'est toute une conception implicite de la société et de l'individualité que charrient les concepts d'anorexie mentale et de boulimie, d'autant plus que, nous l'avons vu, les pratiques qui font ces troubles se donnent à voir comme une remise en cause du lien social à forte saveur morale.

2.6 Question et objectifs de recherche

Avec les troubles alimentaires nous avons affaire à des pathologies dont on ne connaît pas les causes mais dont on suppose qu'elles ont un ancrage social, des troubles qui, par la manière dont ils se manifestent – le refus d'aliments, les pratiques de purge et d'ascèse – vient déranger la bonne marche du lien social, comportent une forte dimension morale tant dans leur manifestation que dans ce que l'on en dit, et dont les dynamiques internes sont l'objet de maintes hypothèses, mais d'aucun consensus. Jadis, l'anorexie mentale s'inscrivait dans la longue série des féminités à problème. Erin O'Connor (1995) démontre par ailleurs assez efficacement que le rétablissement, en la matière, est d'abord le rétablissement des signes du genre. Aujourd'hui, anorexie et boulimie sont une véritable énigme aux yeux d'une psychiatrie qui rattache la vulnérabilité psychologique à « l'incapacité des sujets à faire preuve d'autonomie, d'initiative, à prendre la responsabilité d'eux-mêmes et de ce qui leur arrive, bref, tout ce que l'on désigne couramment par l'expression “se prendre en main” » (Otero 2012a, pp. 54-55). Dès lors, dans le champ médical, toute tentative d'explication quant à leurs assises psychologiques impose aux disciplines concernées – psychanalyse, psychologie, psychiatrie – de s'éloigner de leur champ d'expertise traditionnel, le mental pathologique, pour s'aventurer dans les sentiers boueux du social problématique (voir Otero 2012a). Captifs de toiles de significations qui organisent toute la manière dont ils seront identifiés et réfléchis, se définissant quelque part à la frontière du

psychologique, du social et du moral, indissociables de la modernité et de l'individualisme des sociétés contemporaines, les concepts d'anorexie mentale et de boulimie se montrent les parfaits réceptacles d'un discours moral et normatif sur ce que l'individu devrait être.

Je me propose donc, dans le cadre de cette thèse, d'examiner les différentes interprétations des troubles alimentaires à partir de ce que l'on dit quant à ce qui, dans l'individu comme dans le lien social, fait défaut. Plus précisément, je chercherai à répondre à la question suivante :

Quelles sont les représentations de l'individu, du sujet, de la normativité et du lien social sous-jacentes aux différentes définitions et conceptualisations des dimensions culturelles et sociales de l'anorexie mentale et de la boulimie ?

Par représentation, j'entends la combinaison des significations que l'on attache à une idée ou à un objet donné et des caractéristiques qu'on leur attribue. Les représentations s'expriment explicitement à travers le discours que l'on produira sur un phénomène, mais on les retrouve aussi cachées derrière ces mêmes discours, dans ce qui apparaît comme tenu pour acquis. Il sera également question, dans les chapitres qui suivent, de narration. Celle-ci est indissociable des représentations qui, pour une large part, l'organisent, mais désigne plutôt l'histoire que créent les individus pour instaurer une continuité dans leur parcours et pour donner sens et cohérence à leur discours comme à leurs pratiques.

Dans les écrits sur les troubles alimentaires, la relation entre subjectivité et normativité est souvent présentée comme causale : un des termes pose problème et corrompt l'autre. Otero (2012a) montre bien qu'il ne peut pas y avoir de mental pathologique sans social problématique. De même, le social problématique tend de plus en plus à

être interprété en termes de mental pathologique et représente l'angle mort de la psychiatrie. Dans l'anorexie et la boulimie, le social est présenté comme problématique de deux manières distinctes, mais non exclusives. D'une part, c'est la société (ou la normativité) qui peut poser problème aux femmes concernées, par exemple en formulant des attentes contradictoires ou impossibles à remplir, par un appareil normatif retors ou par une pression esthétique excessive. Ici, le social problématique engendre le mental pathologique et permet à une « subjectivité anorexique » ou à une « subjectivité boulimique » d'émerger. D'autre part, l'anorexique ou la boulimique peut déranger le social tant par les pratiques qu'elle met en oeuvre que par le corps qu'elle donne à voir. Elle s'expose alors à faire l'objet d'un ensemble d'opérations destinées à assurer son retour dans la norme.

Ici s'opère un glissement sémantique qui demande à être examiné de plus près : ce qui pose problème au social ne tient pas tant d'un désordre dans les cognitions ou les émotions que de la manière dérangeante d'être et d'avoir un corps. Ce que l'on attribue de prime à bord au mental pathologique s'ancre fortement dans la chair : c'est aussi un problème d'*embodiment*. Les termes du problème ainsi découpés, il devient possible de replacer l'objet sur son socle sociologique, en l'inscrivant résolument dans les relations sociales.

La critique a souvent été formulée : le corps est encore à ce jour le grand absent des diverses conceptualisations de l'anorexie et de la boulimie comme problème social. La réflexion, occupée à saisir ce qui ne va pas, tant dans le sujet que dans la société qui lui a donné naissance, fait du corps ravagé un simple dommage collatéral. La question du corps demeure en ce sens marginale, et c'est surtout par l'étude du mental et du social que l'on cherche à la résoudre. Le problème du corps ne vient pas seulement plomber la réflexion sur l'anorexie mentale, il traverse toute la sociologie. Le corps est conceptualisé tantôt à partir des pratiques et des techniques qui le façonnent (par

exemple Mauss, 1936), tantôt comme façade ou comme support à la présentation de soi (par exemple Goffman, 1959), ou encore à partir des significations attribuées aux divers processus physiologiques et de leur inscription dans les relations sociales (par exemple Parsons, 1951). Ce faisant, c'est le vécu sensible et le caractère fondamentalement social de la manière dont on fait l'expérience du corps – qui dépasse de loin la dichotomie être/avoir un corps – qui demeure dans l'ombre.

Si l'anthropologie et le travail ethnographique s'emparent de la question avec beaucoup plus d'agilité que ne le fait la sociologie, le corps est parfois un impensé, parfois un mal-pensé, ou encore un impensable, tout en demeurant un élément fondamental des relations sociales. Il faut cependant dire que la place qu'occupe le corps comme objet tangible dans le lien social et dans la formation identitaire est un objet de recherche en émergence. À cet effet, on peut entre autres noter la contribution de Dominique Memmi (2014). Par l'étude de la manière dont on se représente et dont on se comporte face à la matière corporelle dans la naissance et dans la mort (cadavre d'un être cher ou d'un enfant mort-né, cordon ombilical, placenta, spermes et ovules pour la fécondation *in vitro*), elle montre bien comment les relations et l'identité sont un travail de la chair, comment celle-ci est omniprésente dans la formation du lien social.

Si l'on réintroduit le corps, omniprésent mais si difficilement saisissable, au coeur de la réflexion, si l'on scrute sa relation à la subjectivité et à la normativité, l'argument retrouve une assise empirique essentielle pour saisir ce qui se joue en regard de l'individualité et du lien social dans les différentes conceptions de la dimension sociale des troubles alimentaires. Les normes, les valeurs et les contenus idéologiques véhiculés par les discours sur leurs causes, leurs dynamiques psychologiques, les issues thérapeutiques et les critères d'un rétablissement complet deviennent alors visibles. Dans le même mouvement, les représentations de l'individu et de la société qui fondent les diverses théorisations du problème se dévoilent, et les porosités de la réflexion

deviennent apparentes. En conséquence, ce projet de recherche vise à remplir trois objectifs. Il s'agit ici :

a) *d'identifier les avenues de recherche possibles pour une prise en compte de l'expérience du corps en sociologie*, en cherchant à dépasser le dualisme cartésien et la dichotomie être/avoir un corps;

b) *d'éclairer la dimension sociale des troubles alimentaires* en oeuvrant, d'un côté, à identifier les possibilités épistémologiques, théoriques, conceptuelles et méthodologiques d'une saisie sociologique de ces phénomènes, et de l'autre, à mettre en perspective les différents discours sur la question, de manière à jeter la lumière sur les possibilités ouvertes et à identifier les pièges qui sont, nous l'avons vu, nombreux. Le but est, en somme, *d'identifier ce dont on peut légitimement parler*, tout en montrant le contexte idéologique, scientifique et disciplinaire dans lequel prennent place ces propos;

c) *de contribuer à l'étude de l'individu et de l'individualité aux XX^{ème} et XXI^{ème} siècles* à partir des discours qui visent à donner sens aux troubles alimentaires, qui à la fois révèlent et produisent le cadre normatif contemporain.

2.7 Deux modernités, trois individualismes

L'hypothèse d'une tension fondamentale dans l'individualisme traverse toute la sociologie et ce, depuis Durkheim. Il y a, d'un côté, un individualisme « personnel », tourné vers soi, qui pousse chacun à l'émancipation, au développement d'une unicité, d'une originalité, d'une identité personnelle. C'est l'individualisme de « l'injonction à devenir soi-même ». Taylor en dit :

La culture moderne a développé des conceptions de l'individualisme qui représentent la personne humaine, du moins potentiellement, comme si elle cherchait ses propres orientations à l'intérieur d'elle-même, affirmait son indépendance à l'égard des réseaux d'interlocution qui l'ont formée originellement, ou du moins les neutralisait (1998, p. 57).

De l'autre côté se trouve l'individualisme abstrait, qui interpelle directement le social plutôt que de s'en extraire. Il s'agit en quelque sorte de s'appuyer sur les institutions pour construire son indépendance individuelle. C'est, toujours dans les termes de Taylor, le moi qui se construit à l'intérieur des réseaux d'interlocution, mais il ne prétend plus leur échapper.

Divers couples d'oppositions ont été forgés, qui visent à rendre compte de l'un ou l'autre aspect de cette tension originelle. Durkheim oppose coeur et raison, Tönnies, communauté et société, et Rousseau distingue la volonté générale et la volonté de tous. Comme le notent Martuccelli et de Singly,

la sociologie contemporaine continue à être traversée par cette tension entre les deux individualismes. En effet [on trouve], du côté de l'individualisme abstrait, la lutte contre toutes les discriminations afin que chacun voie sa valeur reconnue au-delà de sa définition sociale (sexe, couleur de la peau, orientation sexuelle, etc.), et du côté de l'individualisme personnel les mécanismes d'individualisation qui produisent, socialement, l'injonction d'avoir une identité personnelle (2010, p. 17).

À ces deux individualismes concurrents s'ajoute l'hypothèse d'une mutation fondamentale de la modernité, qui a conduit aux distinctions classiques entre première et deuxième modernité, la rupture se situant aux environs des années 1960. « Au moins trois traits distinguent ces deux périodes : la fin de la croyance dans le progrès, la déstabilisation des institutions, l'importance accordée à la singularité individuelle » (Martuccelli et de Singly, 2010, p. 21). Le vocabulaire qui vise à rendre compte de cette rupture qualitative est lui aussi fort varié. Dans les études postcoloniales, on réfère à la post-modernité. Beck (2003) parle de modernité avancée, Giddens (1990, 1991), de

haute modernité. Beck, Giddens et Lasch (1994) développent l'hypothèse d'une « modernité réflexive ». Bauman (2000) traite quant à lui de *liquid modernity*.

Finalement, la sociologie identifie, à l'intérieur de cette seconde modernité, ce que Martuccelli nomme une « inflexion » dans l'individualisme, qui viendrait déplacer le centre d'analyse de l'individualisation vers la singularisation, transformation subtile mais majeure. Non loin de l'autonomie, le singularisme désigne la recherche d'une forme de *justesse personnelle*, une « nouvelle conscience sociétalisée de soi » (2010, p. 57). Ici l'individu, conscient de son insertion dans des rapports sociaux et de la participation de ceux-ci à sa propre construction, cherchera à fonder son originalité, son unicité – sa *justesse de soi* – dans les relations qui le constituent, se définissant toujours à l'égard du commun. Processus au coeur véritablement sociétal, au confluent de plusieurs tendances lourdes, l'inflexion singulariste invite la sociologie à déplacer son regard et à inscrire la réflexion sur l'individuation telle qu'elle se donne aujourd'hui à vivre au coeur des processus macrosociaux.

Le « second individualisme » de Christian Le Bart cherche quant à lui à encapsuler un processus semblable au singularisme de Martuccelli, mais semble plutôt se rattacher à l'individualisme « tourné vers soi ». Le Bart écrit :

Les individus ne peuvent plus aussi facilement s'abandonner aux routines, traditions, normes et rôles. C'est désormais en lui-même que l'individu est invité à chercher les fondements de son action. En l'absence de modèles légitimés *a priori*, la vie se place sous le signe de l'expérimentation (2008, p. 153).

Cependant, Le Bart ne cherche pas tant à creuser les plis de l'individualisme contemporain que la manière dont la sociologie les interroge. Il se demande, en somme, si ce n'est pas la sociologie plus que la société qui se serait transformée dans les dernières années, saisissant toujours plus finement les ressorts de l'individualisation.

Dans cet esprit, un appel au renouvellement de la sociologie est aussi lancé par les tenants de la « sociologie relationnelle » portée entre autres par Nick Crossley (2011), qui se réclame du projet d'Elias, mais répond aussi aux propositions de Bourdieu, White et Strauss, entre autres auteurs. Crossley situe les concepts de relation, d'interaction et de réseau au coeur de sa théorie, qui remet en question et cherche à dépasser, par une relecture des auteurs classiques, les dichotomies micro/macro, holisme/individualisme et agent/structure. Il pose les questions qui sous-tendent sa sociologie en ces termes :

« What is the proper unit of analysis for sociology? Should we be “atomists”, also known as “individualists”, and reduce the social world to the actors who compose it? Or should we be “holists”, treating societies as wholes greater than the sum of these individual parts, wholes with laws, a logic and telos independent of those of individual actors? The question will be familiar enough to anyone with even the remotest acquaintance with the discipline. The argument of this book is that both alternatives are equally problematic but that there is a third, much preferable option. The most appropriate analytic unit for the scientific study of social life is the network of social relations and interactions between actors (both human and corporate) » (Crossley, 2011, p. 1).

Avec Emirbayer (1997), il invite à défaire la sociologie de son penchant statique, à en déplacer le regard sur les relations et ce, à tous les niveaux d'analyse. Les deux auteurs sont bien conscients des défis posés par le développement d'une telle approche, mais Emirbayer, soulignant la convergence plus ou moins volontaire des théories sociologiques les plus récentes vers un tel paradigme, se montre optimiste.

Ce qu'illustrent ces diverses propositions pour un renouvellement du regard sociologique, c'est aussi une certaine hésitation dans la marche à suivre face à la dissolution de la « société des sociologues » (Dubet, 2009) et à ses conséquences sur le processus d'individualisation. C'est l'objet de cette hésitation que l'objectif c) vise à adresser. L'hypothèse est ici que, comme les discours sur la dimension sociale de l'anorexie et de la boulimie encapsulent nécessairement des représentations de l'individu et du lien social, le glissement, la mutation, l'inflexion qu'observent les

sociologues devrait pouvoir s'y lire. Autrement dit, il devrait être possible d'observer, à travers les représentations de l'anorexie et de la boulimie, tant les changements de l'ordre normatif que les transformations dans la manière d'appréhender les individus et les problèmes sociaux.

Ce chapitre visait à remplir deux objectifs distincts, mais interdépendants. D'abord, un objectif sociologique : comprendre les enjeux de la réflexion sur les troubles alimentaires comme problème social et identifier en quoi cette réflexion peut renseigner les sociétés dans lesquelles nous vivons. Il est apparu que toute représentation de l'anorexie et de la boulimie contient aussi des représentations de l'individu et du lien social, lesquelles reposent nécessairement sur une certaine conception du corps, de la subjectivité et de la normativité.

Par l'étude de ces représentations, nous pouvons arriver à une meilleure connaissance du processus d'individualisation à l'époque contemporaine. Ensuite, un objectif épistémologique : il s'agissait de réfléchir aux conditions de la connaissance de la dimension sociale des troubles alimentaires, tant d'un point de vue conceptuel que méthodologique. Il est rapidement apparu que, pour comprendre l'expérience des anorexiques et des boulimiques, il importe de laisser de côté les *a priori* sur le caractère pathologique du phénomène, pour plutôt questionner sa dimension pratique. Il s'agit moins, ici, de réfléchir au discours des anorexiques et des boulimiques et au rapport qu'il entretient avec la normativité que de considérer la manière dont il est vécu et mis en oeuvre.

Ces considérations offrent un angle d'attaque pour une analyse sociologique des discours scientifiques sur la dimension sociale des troubles alimentaires, qui attribuent

généralement un rôle causal aux traits dominants de la normativité contemporaine et cherchent à déterrer le sens des pratiques qui font l'anorexie et la boulimie. Le postulat au centre de cette thèse est en conséquence que l'étude de ces représentations puisse mettre en lumière les apories de la réflexion sur les troubles alimentaires et approfondir la compréhension du fonctionnement de la norme dans les sociétés contemporaines.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

J'ai établi, dans les pages précédentes, que l'objet de la présente étude n'est pas tant l'anorexie et la boulimie que ce qu'on en dit et la manière dont on comprend leur relation au social. Comme les représentations des troubles alimentaires sont aussi des représentations de l'individu et de la société, je cherche à dévoiler les différentes logiques qui organisent les discours scientifiques sur la question. Dans les pages qui suivent, je présenterai la méthodologie qui m'a permis d'identifier les logiques et représentations sous-jacentes aux multiples tentatives d'explication de la dimension sociale de l'anorexie et de la boulimie. Trois grands thèmes seront abordés, à savoir l'identification d'un terrain d'enquête, la constitution d'un corpus et le déroulement de l'analyse de contenu.

3.1 Délimiter le terrain

L'objet de la présente enquête étant les représentations de l'individu et du social imbriquées dans les diverses théorisations et conceptualisations des troubles alimentaires, le terrain principal sera fait des différents discours scientifiques et académiques sur la question. Ceux-ci présentent l'avantage d'être, à l'intérieur de leur courant ou école de pensée, plutôt cohérents entre eux. De même ils jouissent tous, d'une manière ou d'une autre, d'une certaine autorité sur la question. Au vu de la masse imposante des écrits sur le problème, et compte tenu des questions et objectifs de

recherche, je me suis limitée, lorsque possible, à l'étude des travaux traitant directement de la dimension sociale des troubles alimentaires. Ces écrits ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui visait, à terme, à saisir de quelle société et, par extension, de quel individu on parle lorsqu'on cherche à rendre compte de la relation entre troubles alimentaires et société. Les écrits à ce sujet sont nombreux et variés. Il est néanmoins possible d'identifier un certain nombre de courants qui, par leur histoire, leur cadre théorique et leur appartenance disciplinaire et nationale, présentent une cohérence suffisamment forte pour être appréhendés comme un seul et même objet. Une première revue de littérature a permis d'en identifier quatre : le courant social et féministe, l'analyse par la famille, le courant psychanalytique et le paradigme biomédical. À ceux-ci s'ajoutent les neurosciences et l'épigénétique, qui gagnent en importance dans l'ensemble de la recherche et annoncent une reformulation des termes de l'analyse biomédicale aussi bien que familiale. Ce faisant, ils mettent la table pour une transformation profonde de la manière dont on pose la question des troubles alimentaires et de leur rapport au social.

L'analyse s'étend des années 1960 jusqu'à aujourd'hui. Si l'anorexie a été étudiée dès la fin du XIX^{ème} siècle, ce n'est qu'à partir des années 1960 qu'émergent les termes qui organisent la compréhension contemporaine de ces problèmes. La recherche ne prend toutefois vraiment son envol que dans les années 1970, pour se stabiliser dans les années 1980, tant du point de vue méthodologique qu'en regard des catégories mobilisées et ce, dans tous les courants que je présenterai ici. Les neurosciences et l'épigénétique font toutefois exception, en ce qu'elles n'ont entrepris de s'attaquer à la question qu'au début des années 2000, se développant à la faveur de l'évolution des technologies d'imagerie médicale.

L'examen du contenu des différents courants d'analyse laisse rapidement apparaître que la compréhension du phénomène se transforme au même rythme à peu près partout.

D'abord, on étudie exclusivement l'anorexie mentale. Puis, jusqu'au milieu des années 1980, on s'intéresse, mais de loin, à la boulimie. La compréhension qu'on en développe demeure longtemps subordonnée à la manière dont on saisit l'anorexie. Jusqu'à tout récemment, la catégorie « troubles des conduites alimentaires » englobait l'anorexie, la boulimie et les troubles du comportement alimentaire atypiques. Avec la publication du *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013), le « binge eating disorder » (syndrome d'hyperphagie incontrôlée) s'est ajouté à l'équation. Comme ce fut le cas plus tôt pour la boulimie, le syndrome d'hyperphagie incontrôlée n'occupe qu'un espace marginal dans l'analyse et est généralement couplé, sinon subordonné, à la boulimie. De même, on voit de temps à autres des auteurs compter l'obésité au nombre des troubles alimentaires. Plusieurs ont à cet effet discuté de la pertinence d'inclure l'obésité dans le *DSM-5*, soit comme « brain disorder », du moins pour certains types d'obésité (Volkow et O'Brien, 2007), ou comme « addictive disorder » (Moreno et Tandon, 2011). Toutefois, comme l'obésité n'apparaît que ponctuellement dans la littérature et qu'elle déborde l'objet ici étudié, elle n'a pas été incluse dans le corpus.

Le corpus est organisé selon le découpage proposé par DiNicola (1990a), qui distingue trois niveaux d'analyse de l'anorexie et de la boulimie : l'analyse par l'individu, l'analyse par la famille et l'analyse par les interactions, qui englobe l'étude de leurs dimensions sociale et culturelle. Ce découpage en trois niveaux correspond bien à ce que l'on trouve dans la littérature et aux frontières disciplinaires qui s'y dessinent. Cependant, le paradigme biomédical, lorsqu'il traite du social dans les troubles alimentaires, tend à brouiller ces frontières. Leur reconnaissant un caractère multidimensionnel, les auteurs engagent le dialogue avec les autres approches et disciplines. Chacun des niveaux d'analyse est divisé en plusieurs tendances, que je détaille dans les lignes qui suivent⁹.

⁹ Seuls les documents cités sont inclus dans la bibliographie. La liste exhaustive des documents étudiés pour chaque approche se trouve dans les annexes A à F.

3.1.1 Le paradigme biomédical

Du début des années 1960 jusqu'à la fin des années 1970, l'étude psychiatrique de l'anorexie mentale était centrée autour des travaux de Arthur H. Crisp, psychiatre anglais qui s'est intéressé assez tôt à la question. À l'époque, l'anorexie n'était pas encore solidement établie comme catégorie diagnostique et le stéréotype anorexique, si répandu aujourd'hui, n'était pas encore formé. Crisp situe la « weight phobia » au centre de sa description du trouble, mais l'attribue d'abord à un défaut du développement sexuel. Il faut dire qu'à ce moment, la psychanalyse n'avait pas, dans le monde anglo-saxon, le caractère tabou qu'elle revêt aujourd'hui. S'il discute avec Hilde Bruch (cf. section 3.1.2), il demeure plutôt seul dans son champ d'étude, du moins jusqu'au début des années 1980.

C'est en effet à ce moment qu'on voit apparaître ce que l'on nommera rapidement le « modèle socioculturel » où, perplexes devant la complexité de l'anorexie, les auteurs cherchent à comprendre comment les dimensions biologique, psychologique et sociale s'entremêlent. Dans cet esprit, on tâche activement de saisir quel rôle jouent la société et la culture dans l'étiologie des troubles alimentaires. Toutefois, si on écrit sur la dimension socioculturelle de l'anorexie et de la boulimie, on étudie surtout l'injonction à la minceur et les modèles de beauté, considérés comme leur fin et leur moyen. Le bal est lancé en 1980 par Garner et Garfinkel, auteurs d'un article intitulé « *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa* », dans lequel ils s'intéressent à la réception de l'injonction à la minceur dans des groupes à risque de développer un trouble alimentaire. Les catégories à partir desquelles ils étudient le problème dans cet article déterminent la manière dont on approchera la question de la minceur dans les décennies à venir.

Ce modèle se centre autour des idéaux esthétiques occidentaux. Il s'appuie sur le fait qu'on n'a recensé que peu de cas d'anorexie ou de boulimie hors de l'Amérique du Nord ou de l'Europe pour attester du lien entre les troubles alimentaires et les sociétés contemporaines. C'est ainsi que, lorsque des chercheurs affirment avoir rencontrés une quantité non négligeable de cas hors du terrain traditionnel de l'anorexie et de la boulimie – ces premières exceptions provenant de Hong Kong (Lee *et al.*, 1993) – le modèle se trouve menacé. Ses adeptes ne lâcheront cependant pas la barre. Ils continueront de le raffiner pendant qu'ailleurs, à partir du milieu des années 1990, la psychiatrie transculturelle travaille à l'élaboration d'une compréhension alternative. Les deux questions qui se posent dans cette approche nouvelle sont, d'un côté, celle des troubles alimentaires comme syndrome lié à la culture (*culture-bound syndrome*) et, de l'autre côté, celle des traits des sociétés non-occidentales qui pourraient y favoriser l'apparition de l'anorexie et de la boulimie. Si la psychiatrie transculturelle reproche au paradigme biomédical sa conception ethnocentrique du problème, le dialogue entre les deux approches demeure ténu, de sorte qu'il se développe deux compréhensions parallèles de la relation entre troubles alimentaires, culture et société, mais que les avancées de l'une n'influencent que très peu celles de l'autre.

Du modèle socioculturel à la psychiatrie transculturelle en passant par la question du *culture-bound syndrome*, c'est ici la conception explicite de la culture, de la société, et de leur influence sur l'individu qui sera à l'étude. L'effet de la société et de la culture se retrouve rapidement au coeur des hypothèses fortes développées par les psychiatres et médecins qui, démunis face au problème et à l'échec des thérapies qu'ils déploient, sortent de leur milieu habituel pour tâcher d'élucider ce qui est pour eux toujours une énigme, tant du point de vue de l'étiologie que du traitement.

3.1.2 L'approche par la famille

Dans l'analyse par la famille, c'est d'abord la théorie des systèmes familiaux qui a structuré la compréhension du problème depuis les années 1970. L'hypothèse forte veut que les troubles alimentaires soient le résultat de difficultés bien précises dans les relations familiales, qui poussent les jeunes femmes à se réfugier dans le corps et la nourriture pour échapper aux tensions auxquelles elles sont confrontées mais qu'elles n'arrivent pas à résoudre. Ces écrits infusent une grande part de la recherche jusqu'à la fin des années 1980. À ce titre, Hilde Bruch est certainement l'auteure qui a le plus marqué la compréhension des troubles de l'alimentation. Psychiatre et psychanalyste, elle est née en 1904 en Allemagne et a émigré en 1934 aux États-Unis, où elle a mené l'essentiel de sa carrière. Dès les années 1960, elle s'est imposée comme pionnière dans la recherche et le traitement de l'anorexie. Ses travaux ont durablement marqué la compréhension scientifique et populaire du phénomène. Son ouvrage phare *L'énigme de l'anorexie : la cage dorée* (1979a), publié pour la première fois en anglais en 1978 (ici 1979b), est rapidement devenu un *best-seller*.

Son influence est aujourd'hui plus diffuse que directe, mais l'examen de la littérature permet d'entrevoir à quel point elle a contribué à lui donner forme. Bruch s'intéresse autant aux causes des troubles du comportement alimentaire qu'aux stratégies thérapeutiques à déployer pour les résoudre. L'ensemble de ses travaux repose presque exclusivement sur sa pratique clinique et ses écrits sont abondamment illustrés par des histoires de cas. Sa réflexion s'organise autour des problèmes de la relation mère-enfant et des interactions familiales dans lesquelles l'anorexie plongerait ses racines. Tout au long de son oeuvre, Bruch cherche à répondre à une seule question : « *What is going on in these families to produce a child unable to face life ?* » (1988, pp. 155-156). L'anorexie représenterait, selon Bruch, la seule solution accessible aux anorexiques

pour résoudre les problèmes et tensions qui ont marqué leur enfance et qui, l'adolescence arrivée, seraient devenues insoutenables.

Si Bruch paraît travailler en vase clos, son interprétation du problème se rapproche fortement de celle proposée à la même époque par Mara Selvini Palazzoli et, à certains égards, par Salvador Minuchin et son équipe. Selvini Palazzoli est une psychiatre italienne, au nombre des membres fondateurs de l'École de Milan, une organisation pionnière dans l'élaboration de l'approche systémique en thérapie familiale. Originaire d'Argentine, Salvador Minuchin est également diplômé en médecine et thérapeute familial. Après son arrivée aux États-Unis dans les années 1950, il a posé les bases de son approche théorique de la thérapie familiale. En 1981, il a fondé ce qui s'appelle aujourd'hui le *Minuchin Center for the Family*. Le centre participe à la formation de thérapeutes familiaux et collabore avec divers organismes qui oeuvrent auprès de populations défavorisées ou victimes de discrimination afin d'offrir des services psychologiques auxquels ces familles n'auraient autrement pas accès.

Dans les années 1970, Minuchin comme Selvini Palazzoli ont mobilisé l'anorexie pour asseoir la légitimité de la thérapie familiale. Minuchin *et al.* sont à l'origine du terme « famille anorexique » et en font l'exemple canonique de la « famille psychosomatique » :

« The term anorectic family is intended to posit the dilemma of the systems thinker caught in a field in which words reflect descriptions of individuals. We are attempting to describe the interpersonal transactions that organize the behavior of family members in dysfunctional patterns – the feedback circularity by which family members constrain each other. We are attempting to describe the multiple determination of symptoms, the multiplicity of symptoms, and the symptoms carried by different members. We are attempting to describe the identified patient as an active participant in a process in which there are no victimizers or victims, only family members involved in the small details of everyday living. But trapped by words, we end up with an incorrect label : the anorectic family » (1978, p. 51).

D'une manière semblable, Selvini Palazzoli fait de l'anorexie un problème de l'unité familiale. Pour elle, tous les membres de la famille jouent un rôle dans le développement comme dans le traitement de l'anorexie et c'est l'ensemble du groupe, pas seulement la jeune fille touchée, qui est malade : « The whole family is usually deeply disturbed by, and involved in, the pathological situation, in a kind of *folie à deux ou à plusieurs* » (Selvini Palazzoli, 1974, p. 19).

Chacun de leur côté, Bruch, Selvini Palazzoli et Minuchin et *al.* ont déterminé les termes qui organiseront trente années de recherche, pendant lesquelles on tentera de mesurer les catégories et de vérifier les hypothèses qu'ils ont proposées. Si, au fil des décennies, les méthodes se transforment, le cadre conceptuel demeure à peu près le même. Dans ces travaux, on ne traite qu'exceptionnellement du social et du culturel pour lui-même. Lorsqu'on le fait, les conclusions dégagées ne s'intègrent pas à l'analyse. En conséquence, mon propos se concentrera ici sur la conception de l'individu, de la famille et de la socialisation qu'on y développe, plutôt que sur la représentation de la relation que pourraient entretenir les troubles alimentaires à la société et à la culture.

3.1.3 Le courant psychanalytique

Déjà, en 1893, Freud faisait une première mention de l'anorexie dans le texte *Un cas de guérison par l'hypnose*. Deux ans plus tard, il écrit :

La névrose alimentaire dite anorexie peut se comparer à la mélancolie. L'anorexie mentale des jeunes filles, qui est un trouble bien connu, apparaît, après observation poussée, comme une forme de mélancolie chez les sujets à sexualité encore inachevée. La malade assure alors ne pas manger seulement parce qu'elle n'a pas faim. Il y a donc perte de l'appétit et, dans le domaine sexuel, perte de libido (cité dans Freud et Breuer, 2002, p. 103).

Lacan fait quant à lui quelques rares allusions au problème, entre autres en 1938 dans *Les complexes familiaux*. Néanmoins sa pensée, *via* le concept de relation d'objet, occupe une place importante dans cette saisie du problème. Karl Abraham, Mélanie Klein et Anna Freud sont également au nombre des psychanalystes de la première moitié du XX^{ème} siècle à s'être avancés sur la question (Raimbault et Eliacheff, 1989). Cependant, leurs travaux débordant la période ici à l'étude, ceux-ci ne sont pas inclus dans ce corpus.

Si, à cette époque, on cherchait de part et d'autre de l'Atlantique à comprendre par les dynamiques de l'inconscient cette « grève de la faim », ainsi que l'appelle Lacan, le courant psychanalytique est aujourd'hui principalement enraciné en France. Bien que la pratique de la psychanalyse se mêle souvent à celle de la psychiatrie ou de la médecine institutionnelle, elle demeure néanmoins critique du paradigme dominant et vise, dans le cas qui nous intéresse, à en pallier les manques. Ainsi, les deux figures majeures du traitement de l'anorexie et des troubles du comportement alimentaire en France, Maurice Corcos et Philippe Jeammet, sont à la fois psychiatres et psychanalystes et pratiquent entre autres à l'Institut Mutualiste Montsouris, auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes. Tous deux ont développé une conception élaborée du problème, laquelle se donne à lire dans quelques articles et plusieurs livres (par exemple Corcos 2010, 2011; Jeammet, 2010), pour la plupart régulièrement réédités ou réimprimés.

On trouve également une multitude d'auteurs au rayonnement moindre, ou à l'appartenance moins prestigieuse, qui ont aussi développé une réflexion plus ou moins approfondie sur le problème. Certains sont psychanalystes sans être médecins, d'autres sont médecins sans être psychanalystes, d'autres sont plutôt philosophes ou critiques littéraires, mais tous s'inspirent du cadre d'analyse psychanalytique. Par ailleurs, le dialogue avec la psychiatrie est bien établi, l'une et l'autre discipline se mêlant bien

souvent. La formation du sujet par la relation au maternel et au paternel est ici au centre de l'analyse qui se situe à la fois au niveau de la famille et de la société. Dans cette portion du corpus, les écrits qui offrent un propos direct sur les sociétés contemporaines ont été privilégiés. Ceux-ci sont assez nombreux pour offrir une vue détaillée de la manière dont la psychanalyse se saisit de la dimension sociale des troubles alimentaires.

3.1.4 La psychologie féministe et l'analyse sociale

Ancrée aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la psychologie féministe réfléchit l'anorexie à l'intérieur des relations de pouvoir qui façonnent les rapports de genre. Ici, les troubles alimentaires sont compris comme un phénomène fondamentalement social. Si les modèles dominants de féminité représentaient depuis un moment déjà l'un des thèmes de prédilection dans les écrits sur l'anorexie, la première analyse explicitement féministe du phénomène date de 1976, avec un article signé par Marlene Boskind-Lodahl. Psychologue, elle préfère traiter de « bulimarexia » plutôt que d'anorexie et de boulimie et elle se montre très critique face à l'approche psychanalytique, à l'époque encore prégnante. Surtout, elle questionne les inégalités de genre dans les sociétés occidentales contemporaines et place la situation de dépendance des femmes par rapport aux hommes au nombre des causes de « bulimarexia ». En 1978 paraît *Fat is a Feminist Issue*, de la psychanalyste et féministe Susie Orbach, ouvrage qui sera suivi en 1986 par la première édition de *Hunger Strike : The Anorectic's Struggle as a Metaphor for our Age*. En 1979, la psychothérapeute Marilyn Lawrence publie quant à elle un article intitulé « *Anorexia nervosa : The control paradox* » dans *Women's Studies International Quarterly*, un autre intitulé « *Education and identity : Thoughts on the social origins of anorexia* » dans *Women's Studies International Forum* en 1984, et une monographie, *The Anorexic Experience*, la même année. De même, en 1987, elle dirige

le collectif *Fed Up and Hungry : Women, Oppression and Food*, duquel Susie Orbach signe la préface. Ces auteures sont les pionnières d'un courant qui produira, dans les décennies suivantes, un discours fort abondant sur l'anorexie mentale et la boulimie, leurs racines socioculturelles et leur relation aux diverses formes d'oppression qui pèsent sur les femmes dans nos sociétés.

Après cette première vague de travaux, encore influencés par la psychanalyse ou l'approche par la famille, les auteures – parce que c'est ici une majorité écrasante de femmes qui s'intéresse à la question – se tournent plutôt vers les *gender studies* et les cadres théoriques développés par Foucault et par Judith Butler. Si cette dernière est rarement citée, son influence se fait partout sentir. Ainsi, en 1985, Susan Bordo publie l'article « *Anorexia nervosa : Psychopathology as the crystallization of culture* », qui sera révisé et réédité en 1997. Elle y décrit l'anorexie comme le résultat de la rencontre, dans le corps, de plusieurs courants discursifs qui participent tous, d'une manière ou d'une autre, à l'oppression des femmes. Ce faisant, elle ouvre la porte à la pléthore des publications fondées sur l'approche poststructuraliste, qui monopolisera la recherche dans les trente années suivantes.

Depuis les années 2000, les travaux proprement féministes partagent le terrain avec des enquêtes produites par des chercheurs en sciences sociales – entre autres en sociologie, en anthropologie et en ethnologie – qui n'ont pas trouvé dans la littérature féministe de réponse satisfaisante à la question des troubles alimentaires comme phénomène social. Le regard tend lentement à se déplacer : de l'analyse discursive, on passe à l'étude des dimensions corporelles et morales de l'anorexie et de la boulimie, alors que les travaux ethnographiques gagnent en importance. Certes, on trouvait déjà ça et là des écrits éloignés du paradigme féministe, qui cherchaient ailleurs dans le social les sources des troubles alimentaires. Ceux-ci, plutôt parsemés et ne formant pas un tout cohérent, sont également inclus dans l'analyse. Ils contrastent toutefois avec les recherches récentes

qui ont généralement plus d'ampleur. Ces enquêtes se fondent sur une méthodologie beaucoup plus solide et abordent le problème de front plutôt que de manière oblique, comme ce fut souvent le cas auparavant.

3.1.5 Les neurosciences cognitives et sociales

Dans les années 2000, on assiste à l'émergence de travaux en neurosciences et en épigénétique qui s'intéressent aux composantes cognitives et génétique des troubles alimentaires. En neurosciences, on cherche à identifier les biais cognitifs qui peuvent expliquer le développement et le maintien dans l'anorexie et la boulimie, de même qu'à identifier des nouvelles techniques qui pourraient améliorer les résultats thérapeutiques. Dans le même mouvement, on cherche à associer les biais cognitifs identifiés à des circuits neuronaux spécifiques, par exemple ceux activés à la vue d'aliments, lesquels peuvent entre autres être liés à des émotions spécifiques, comme la peur. La cognition sociale, qui représente une part importante des travaux publiés, s'intéresse aux difficultés rencontrées dans les interactions; il s'agit ici de savoir ce qui se joue dans la relation de l'anorexique ou de la boulimique à son environnement. Mon analyse, dans ce cadre, se concentrera sur la manière dont on comprend l'intrication de l'individu et de la société et le rôle de ce qui, dans le social, est identifié comme étant problématique.

3.1.6 L'épigénétique

Finalement, l'épigénétique étudie les relations dynamiques entre les gènes et l'environnement ainsi que la manière dont l'environnement modifie l'expression des gènes et l'ADN lui-même. Si la culture et la société entrent ici en ligne de compte, c'est à partir du stress qu'elles peuvent induire, qui contribue à la transformation des traits

généétiques qui sont eux susceptibles de créer une vulnérabilité ou de faciliter le développement d'un trouble alimentaire. C'est ainsi que les catastrophes naturelles, les événements politiques ou la précarité financière s'intègrent au tableau. La conversation avec les neurosciences est également en train d'être établie, la question étant de savoir comment les transformations épigénétiques peuvent contribuer au développement de biais cognitifs susceptibles de provoquer, les bonnes conditions réunies, l'apparition de l'anorexie ou de la boulimie chez un individu donné.

À la fois les neurosciences et l'épigénétique auraient pu être intégrées au paradigme biomédical. Toutefois, comme elles tendent aussi à infuser l'analyse par la famille et semblent imposer à la psychanalyse d'entrer en dialogue avec elles, elles ont été isolées dans une catégorie à part. La coupure qu'elles opèrent avec les autres approches est nette et elles annoncent une reformulation en profondeur du problème.

3.2 Constitution du corpus

Depuis le début des années 1960, les travaux sur les troubles alimentaires se multiplient, et le rythme de publication augmente chaque année. Le corpus a été composé de manière à rendre compte de l'évolution des idées, mais aussi de celle de la densité de l'information produite. Au total, plus de 1000 documents ont été examinés, et 238 ont été retenus pour l'analyse, divisés comme suit :

- Le paradigme biomédical : 65 documents
- L'approche par la famille : 39 documents
- Le courant psychanalytique : 20 documents
- La psychologie féministe et l'analyse sociale : 73 documents
- Les neurosciences cognitives et sociales : 28 documents

- L'épigénétique : 12 documents

Si ce fût une embûche somme toute mineure, la constitution du corpus a été quelque peu limitée par l'impossibilité d'accéder à certains documents.

Une première revue de littérature été réalisée entre septembre 2010 et septembre 2012. Il s'agissait alors d'effectuer un survol des enjeux qui animent la discussion scientifique autour de l'anorexie mentale et des troubles alimentaires, les courants qui y participent et les possibilités qu'offre la sociologie pour mieux comprendre l'objet. Plus ou moins systématique, cette première immersion avait une visée exploratoire, par opposition à une cueillette de données systématique. Un deuxième dépouillement, plus méthodique cette fois, a été réalisée en octobre et en novembre 2012. J'ai alors effectué une recherche dans la base de donnée *Web of Science* et dans Google Scholar avec les mots-clé « anorex* soc* », « eating disorders soc* », « bulimi* soc* » ou « boul* soc* », entre autres exemples, une requête large qui pouvait inclure une grande variété de travaux, mais qui offrait néanmoins un nombre de résultats suffisamment limité pour qu'il soit possible de les examiner en entier. Ces mots-clés avaient aussi l'avantage de permettre d'accéder à la littérature tant francophone qu'anglophone et d'élargir au maximum la portée des résultats, le préfixe « anorex* » se retrouvant dans les textes où l'on retrouve les mots « anorexie », « *anorexia* », « anorexique », « *anorexic* », alors que « soc* » référait autant à « social », « *social* », « sociologie », « société », « *society* », et ainsi de suite. Afin de maintenir le corpus à jour, j'ai répété la même recherche dans Google Scholar en septembre 2013, en juin 2014 et en avril 2015.

J'ai sélectionné, parmi les résultats, tous les textes qui traitaient de près ou de loin de la dimension sociale des troubles alimentaires. J'ai par la suite examiné la bibliographie de chacun des articles sélectionnés afin d'identifier les articles ou ouvrages qui avaient jusque-là pu m'échapper. Dans la masse des documents amassés, ceux sélectionnés

pour l'analyse l'ont été en fonction de la revue dans laquelle ils ont été publiés pour les articles, de l'appartenance disciplinaire des auteurs, du résumé de l'article ou du quatrième de couverture et de la table des matières dans le cas des monographies.

Les écrits issus du paradigme biomédical étant de loin les plus abondants, avant de me lancer dans la cueillette de données, j'ai effectué une revue l'ensemble des écrits se rapportant à l'anorexie mentale et aux troubles alimentaires publiés dans la revue médicale *The Lancet* depuis 1970, date à partir de laquelle les archives en ligne sont disponibles. Cette recherche préliminaire m'a permis d'identifier les mots-clé et les thèmes pertinents à mon analyse. Compte tenu de la spécificité de l'approche développée dans les pays francophones et de la tradition anglocentrique de la publication scientifique, la vaste majorité du corpus est composée de documents publiés en anglais. Cependant, lorsqu'elle est disponible, c'est la traduction française des documents qui est citée.

3.3 Analyse de contenu

L'ensemble du corpus a fait l'objet d'une analyse de contenu qui avait pour objectif de comprendre comment, dans l'étude des troubles alimentaires, on théorise la relation entre l'individu et la société. En conséquence, je ne me suis pas intéressée aux conclusions des travaux, mais bien à la manière dont on formule les questions et hypothèses de recherche de même que l'interprétation des données obtenues. Le travail a été organisé par niveau d'analyse; ainsi, un chapitre est dédié au paradigme biomédical (chapitre IV), un deuxième à l'approche par la famille et à la psychanalyse (chapitre V) et un troisième à la saisie par le social et à la psychologie féministe (chapitre VI). En raison de la rupture qu'opèrent les neurosciences et l'épigénétique par rapport aux cadres d'interprétation développés précédemment, celles-ci ont fait

l'objet d'un traitement à part (chapitre VII). Chaque corpus a d'abord été étudié pour lui-même, de manière à faire ressortir la logique inhérente à chacune des approches et les postulats sur lesquels elles reposent. Ce n'est que par la suite qu'elles ont été mises en parallèle (chapitre VIII) de manière à faire apparaître leurs consonances et dissonances, ainsi que les évolutions communes dans la manière dont elles posent le problème du social dans les troubles alimentaires.

L'analyse s'est déroulée en trois temps. J'ai d'abord opéré trois lectures successives de chacun des corpus. La première était destinée à obtenir un aperçu et à identifier les débats, les termes mobilisés ainsi que les tournants qui marquent l'évolution de la réflexion. La seconde lecture a été consacrée à l'identification précise et détaillée des thèmes abordés. Pour chacune des lectures, le travail est visible sur papier; les thèmes identifiés ont été inscrits sur la première page de chaque article ou document de même qu'à l'intérieur des textes, aux côtés des passages appropriés. Une couleur différente a été utilisée pour chaque lecture, de manière à éviter la confusion. La troisième lecture visait quant à elle à identifier les éléments qui se retrouveraient dans l'analyse finale. Elle a été réalisée de manière à faciliter la formulation d'un plan pour chaque chapitre, en réduisant et ajustant les thèmes qui ont par la suite organisé l'analyse.

Une fois ces trois lectures terminées, deux plans successifs ont été rédigés. Dans le premier, bondé de citations et d'extraits de texte, j'ai surtout cherché à mettre en ordre les thèmes identifiés au fil des lectures successives et à laisser apparaître la logique propre à chacun des corpus ainsi que son évolution à travers le temps. J'ai, dans la mesure du possible, respecté la chronologie de chacun des courants. Dans le second plan, plus serré et plus près du texte final, je me suis plutôt concentrée à resserrer l'analyse en réduisant le nombre de citations et en retournant régulièrement aux articles et documents d'origine afin de vérifier la validité du propos. L'analyse a pris sa forme finale dans la rédaction de chaque chapitre, le travail d'écriture étant le plus à même de

révéler les faiblesses comme les forces du travail de théorisation déjà amorcé, tout comme il permet de mettre au jour les incohérences et les aspérités de l'argumentation. Comme dans la formulation du second plan, la rédaction a été marquée par un va-et-vient constant entre les corpus étudiés et le manuscrit.

Afin d'appuyer ma critique des représentations de l'individu, de la société et de la normativité dans les écrits sur la dimension sociale des troubles alimentaires, il me fallait également établir, d'une manière ou d'une autre, un dialogue avec la réalité empirique. Ici encore, j'ai opté pour le recours à l'écrit. Afin d'accéder à l'expérience des jeunes femmes anorexiques et boulimiques, la solution intuitive aurait été d'examiner le contenu des sites Internet pro-anorexie et pro-boulimie. Toutefois, l'image somme toute stéréotypée de ces sites est trompeuse. On les associe souvent à un discours qui fait l'apologie et la promotion des troubles alimentaires comme mode de vie et décourage la rémission. La réalité semble toutefois beaucoup plus nuancée. Si plusieurs y craignent la possibilité d'une « contagion sociale » des troubles alimentaires (entre autres Christodoulou, 2012; Rodgers *et al.*, 2012), il semblerait que ces lieux sont plutôt le siège de la formation de communautés d'entraide entre internautes déjà aux prises avec l'anorexie ou la boulimie (Casilli *et al.*, 2013). Mais, plus encore, le discours que l'on retrouve sur ces sites ne peut pas être appréhendé comme un reflet fidèle de l'expérience anorexique et boulimique. En effet, pour être accepté comme membre de la communauté et participer à la discussion en ligne, il est nécessaire de respecter les valeurs et les manières de faire des sites pro-anorexie et pro-boulimie (Williams et Riley, 2013). L'étude de ces espaces permet de dévoiler les processus qui organisent la formation d'une communauté en ligne autour des troubles alimentaires et de mettre au jour un ensemble de représentations qui y organisent les discours, mais il n'est pas certain qu'on puisse y obtenir un aperçu fiable de ce dont est faite l'expérience de l'anorexie et de la boulimie.

Pour faire contrepoids à l'analyse scientifique des troubles alimentaires, je me suis donc tournée vers les récits et témoignages d'anorexiques et de boulimiques, les écrits privés comme les journaux intimes qui ont été publiés, quelque blogs qui n'appartiennent pas aux mouvances « pro-anorexie » ou « pro-boulimie » ainsi que les ethnographies détaillées disponibles sur le sujet (22 documents)¹⁰. Autant que possible, j'ai tâché d'avoir recours à des écrits produits pendant la maladie. Ceux-ci présentent en effet l'avantage de laisser entrevoir le quotidien de même que la teneur des préoccupations ordinaires de celles qui en souffrent. On y trouve une image des ces troubles tout autre que celle qui se donne à lire dans les écrits scientifiques ici à l'étude. Bien entendu, par l'examen des journaux intimes et autres formes de récit, on ne peut pas avoir un accès à l'expérience « brute » de l'anorexie et de la boulimie : ces écrits répondent eux aussi à des impératifs de style et sont, d'une manière ou d'une autre, normés. On remarque néanmoins une différence nette entre les écrits produits pendant la maladie et ceux la racontant par après. Si les premiers révèlent l'ordinaire de la maladie, les derniers tendent à relater la violence de l'institution psychiatrique ou à se lire comme une tentative de donner du sens à une expérience douloureuse. La rupture entre les uns et les autres est manifeste et peut être attribuée, en partie du moins, à ce qui se perd dans la restitution après coup d'une expérience, nécessairement transformée dans le souvenir. Néanmoins, les deux formes d'écrits obéissent à la même logique et aux mêmes processus propres à la reconstitution narrative de l'expérience, nécessairement réduite par le langage et soumise aux caprices de l'identité (Kaufmann, 2004, 2007). Les compte-rendus ethnographiques permettent eux aussi d'entrevoir le quotidien de l'anorexie et de la boulimie dans et hors des institutions de traitement. Dans une certaine mesure, on y trouve les logiques qui organisent les pratiques, le sens qui leur est conféré et l'intrication du cadre dans lequel évoluent les femmes touchées et de la manière dont elles se vivent et se comprennent. Si, dans les enquêtes ethnographiques, le regard sur les troubles alimentaires y est extérieur et médié par

¹⁰ Pour la liste des documents utilisés, consulter l'annexe G.

l'analyse sociologique et anthropologique, ce qu'on y raconte donne néanmoins un accès, si ce n'est que de biais, à ce que peut-être l'ordinaire de ces troubles tout comme à leur épaisseur et à leur complexité.

3.4 Limites et biais de l'enquête

Le regard que je pose sur la littérature scientifique sur la relation entre troubles alimentaires et société est, à certains égards partiel : parce que je me concentre sur leur dimension sociale, je laisse nécessairement de côté les discours que l'on développe autour de nombres d'autres questions ou dimensions, par exemple leur aspect biologique, le développement de thérapies ou, plus généralement, la question de la rémission. La littérature sur les questions thérapeutiques aurait par ailleurs pu fournir un matériel adapté pour répondre aux questions et tester les hypothèses que je propose. C'est parce que je tâche également de dégager les pistes par lesquelles la sociologie peut contribuer à la compréhension du problème que je me suis tournée vers les écrits sur sa dimension sociale.

Il importe ici de répéter que l'objectif de cette thèse n'est pas d'étudier l'expérience des anorexiques et des boulimiques, mais ce qu'on en dit. Si j'espère pouvoir soutenir la recherche sur les troubles alimentaires en jetant un regard critique sur la manière dont on théorise leur relation à la culture et à la société, le présent travail ne renseigne pas – et ce n'est pas là sa prétention – le vécu anorexique ou boulimique. Pour lire sur ce sujet, il conviendrait plutôt de consulter les ethnographies mentionnées dans les chapitres précédents. Les propos avancés quant à ce que pourrait être une interprétation sociologique des troubles alimentaires ne sont à cet égard que des hypothèses de lecture. En revanche, je propose une réflexion sur les possibilités qu'offre la sociologie et sur les pièges épistémologiques et méthodologiques qui compliquent le travail

d'enquête qualitatif et quantitatif. L'analyse présentée ici peut de cette manière entrer en conversation avec les autres travaux sur la question, tant en sciences sociales qu'ailleurs.

Quant à l'objet principal de cette thèse – les différentes théorisations de l'anorexie et de la boulimie, ce qu'on dit de ces troubles et de celles qui en souffrent – les analyses que je développe, si elles visent à renseigner la normativité et l'individualité occidentales contemporaines, demeurent exploratoires. Plus encore que le regard nécessairement partiel que je porte sur cette littérature, l'impossibilité de la situer dans un contexte culturel ou national quelconque est peut-être sa principale faiblesse. En effet, la qualité transnationale de la recherche et de la publication scientifiques, malgré le caractère situé de la plupart des ouvrages étudiés et des revues consultées, interdit d'ancrer géographiquement le propos. Or, la manière dont l'anorexie et la boulimie se donnent à vivre, tout comme leur prise en charge, est indissociable du contexte local et de ses logiques propres. Or, ces différences et ces particularités sont toutes, dans la littérature, aplanies. Les écrits sur les troubles alimentaires tendent à prétendre à l'universalité, ou promettent du moins de rendre compte du problème dans l'ensemble des sociétés occidentales. Les résultats de ces travaux sont par ailleurs utilisés comme tels, et on tente d'éclairer le problème des troubles alimentaires en Angleterre à partir d'enquêtes menées aux Pays-Bas, à Toronto ou aux États-Unis, par exemple. Les conclusions de cette thèse souffriront inévitablement de ce brouillage géographique et du caractère décontextualisé de la réflexion, mais l'espoir est qu'elles permettent néanmoins de dégager les lignes de force de la normativité contemporaine, les tensions qui les habitent et la manière dont elles évoluent et se transforment.

DEUXIÈME PARTIE
Le problème de l'intention

PRÉAMBULE

Au-delà de son éclectisme apparent, deux grandes interrogations organisent la littérature sur les troubles du comportement alimentaire. D'abord, une préoccupation pratique : quelles méthodes thérapeutiques mettre en place pour « guérir » l'anorexie et la boulimie ? « L'énigme » des troubles alimentaires n'est pas étrangère à la résistance qu'ils offrent au traitement. Se pose également le problème de leurs causes, la question étant de savoir pourquoi des jeunes femmes s'engagent sur les chemins de la privation alimentaire, de l'ascèse et des pratiques purgatives. Compte tenu des préoccupations au coeur de cette thèse, je me concentrerai ici sur la manière dont on cherche à répondre à la deuxième interrogation. En effet, quand on tâche d'identifier le pourquoi des troubles alimentaires, le regard se dirige vers trois grandes dimensions saisies parfois séparément, parfois comme un tout, à savoir la dimension sociale, la dimension familiale et psychologique ainsi que la dimension individuelle et biologique. Dans les dynamiques sociales comme dans la psychologie individuelle, on cherche à identifier les motifs qui se cachent derrière l'éventail des pratiques anorexiques et boulimiques. L'objectif est de comprendre ce qui pousse des jeunes femmes à adopter et à se cramponner à des habitudes néfastes, malgré la conscience qu'elles ont le plus souvent des conséquences graves de leurs actions, entre autres sur le plan physiologique.

Les traits caractéristiques de l'anorexie et de la boulimie étant remarquablement stables d'une jeune femme à l'autre, on cherche généralement à développer un modèle qui puisse rendre compte de l'ensemble des cas rencontrés. Comme on traite le plus souvent les troubles alimentaires comme une réaction ou une réponse à un contexte familial ou social donné, on cherche dans la société ou dans la famille à identifier des points

communs qui pourraient réunir l'ensemble des cas rencontrés. En d'autres termes, on tente d'identifier le plus petit dénominateur commun de l'anorexie et de la boulimie. Comme on suppose qu'anorexiques et boulimiques font une expérience du monde autre que celle du commun des mortels, l'enjeu est de s'approcher au plus près de cette expérience pour comprendre comment les relations et les normes sociales peuvent entraîner le développement d'un trouble alimentaire. Alors que ce serait impensable pour d'autres désordres psychiatriques comme la psychose, la dépression ou les troubles du spectre autistique, la recherche sur les troubles alimentaires se fonde sur l'idée que les conduites anorexiques et boulimiques encapsulent un sens et sont mues par des intentions auxquelles il serait possible d'accéder. On semble également supposer qu'en agissant sur les normes qui motiveraient ces pratiques, donc en supprimant ce qui est réputé fonder les troubles alimentaires, on puisse en prévenir le développement ou favoriser la rémission.

Ceci dit, le milieu médical se trouve particulièrement impuissant face aux troubles alimentaires et le succès des thérapies est, de l'avis de la vaste majorité des spécialistes, loin d'être satisfaisant. Devant la diversité des explications avancées et leur impuissance à fonder une réponse thérapeutique efficace, il semble approprié de reculer d'un pas et de mettre en question ce que l'on tient partout pour acquis : malgré la présentation clinique uniforme de ces troubles, se pourrait-il qu'ils soient le résultat d'un ensemble de causes qui serait propre à chaque personne touchée ? Est-il vraiment possible d'identifier un ensemble de motifs qui appuieraient les pratiques de toutes les anorexiques et de toutes boulimiques ? Poser le problème en ces termes revient à demander s'il n'y a vraiment qu'une seule anorexie et une seule boulimie (exception faite des subdivisions proposées par le dogme psychiatrique), un seul chemin vers les troubles alimentaires, comme le supposent les différents modèles explicatifs proposés. N'y aurait-il pas plutôt une pluralité d'expériences, une constellation de causes dépendantes du contexte immédiat dans lequel évoluent les femmes qui souffrent de

troubles alimentaires ? La recherche sur l'anorexie et la boulimie contribue nécessairement à former la manière dont anorexiques et boulimiques font sens de leur expérience et à déterminer les termes par lesquels elles l'interprètent. Ce qui est moins certain, c'est que ces termes se trouvent bel et bien à la source des troubles de l'alimentation et permettent de rendre compte de l'intention derrière la privation alimentaire, la pratique compulsive de l'exercice physique ou les vomissements provoqués et la prise de laxatifs.

À en croire les divers témoignages publiés par des femmes touchées par le phénomène, l'entrée dans les troubles alimentaires surviendrait d'un coup, soudainement, comme un déclic. Anorexiques et boulimiques s'expliquent généralement assez mal ce qui a pu arriver et tendent à chercher des années durant à comprendre les causes de leur mal-être. Chez certaines d'entre elles, l'entrée dans l'anorexie et la boulimie s'est opérée sans même être précédée d'une préoccupation pour l'apparence du corps ou par la volonté de maigrir, ce qui accentue d'autant plus leur incompréhension :

« With so much in my life to be thankful for, the big question is, "how did I fall prey to anorexia ?" »

I don't think I will ever really have the answer to that question. They say life doesn't change overnight, but I know it can. I am unable to blame one event or series of events for leading me down the lonely path of an eating disorder. Society has this absurd image of the perfect woman and it wasn't me. I recall looking in the mirror one evening feeling uncomfortable with the image I saw staring back. I felt so alone. Tears starting falling down my face. At first, they dropped one by one, but soon they began pouring out like a waterfall. I couldn't stop crying. The evening marked the first day of my new life as an anorexic » (Biederman, 2005, pp. 2-3).

Cet état de perplexité semble partagé par plusieurs. Ainsi, Paula Saukko n'a que le souvenir d'un jour où, à l'âge de 11 ans, n'ayant jamais vraiment auparavant entendu parler de régimes amaigrissant ou lu un magazine féminin, elle a arrêté de boire et de manger. Elle raconte s'être retrouvée captive « of my own Kafkaesque world – me staring at the hair on my arms. I didn't think of beauty; my thoughts were spinning in

circles and stopped at my body hair » (Saukko, 2008, p. 24). Même chez les adolescentes qui tâchaient déjà de maigrir, les raisons de l'entrée dans l'anorexie ou la boulimie demeurent mystérieuses :

« I don't even know why this has started – I was lying in bed and I just ate this huge dinner. I was feeling full and fat, so I went into the bathroom and tried to throw up. To my surprise, it worked. The first time I vomited very little came up, but I was proud of myself, proud because I had control of food » (Rio et Rio, 2003, p. 56).

Le regard insistant que l'on pose sur l'injonction à la minceur et les modèles dominants de beauté trouve néanmoins son équivalent dans les récits que produisent anorexiques et boulimiques. Leur histoire s'ouvre généralement – mais pas toujours – sur une préoccupation pour leur apparence physique et, surtout, pour ses conséquences sur les amitiés qu'elles pourront lier, leur intégration aux groupes de pairs et, plus largement, sur la place qu'elles occupent dans l'espace social. De fait, les troubles alimentaires surgissent généralement à un âge où s'ouvrent les possibilités et où les jeunes femmes doivent s'engager dans la réflexion sur leur avenir personnel et professionnel. C'est l'âge où leurs actions commencent à porter à conséquence. C'est aussi celui premières relations et des premières déceptions amoureuses, celui où les jeunes femmes prennent distance par rapport à leur famille, où elles développent et affirment leur indépendance. Ces moments sont souvent accompagnées par l'incertitude et le contrôle du corps peut alors être vu comme une bouée de sauvetage, un moyen de composer avec des vagues d'émotions face auxquelles elles se sentent prises au dépourvu. Dans un moment de tension amoureuse, l'une d'entre elles se livre à son journal intime :

« As soon as I got off the phone with him I ran to the bathroom and threw up. It's like I was doing it to hurt him in some way. I don't know how, he doesn't even know this. Everytime I get angry at him I feel this incredible need to throw up, and when I do I feel a release from the anger. A sort of peacefulness comes over me. It takes away from the pain I'm feeling in my heart » (Rio et Rio, 2003, p. 75).

En fait, les témoignages d'anorexiques et de boulimiques peuvent suggérer que le contrôle de l'alimentation soit d'abord un moyen de composer avec un inconfort ou une détresse émotionnelle et permette, pour ainsi dire, de sortir de l'impasse : « Why dit I turn to food for comfort ? I feel like eating is the best solution when I'm upset, lonely or anxious. I crave it for something other than its purpose » (Biederman, 2005, p. 41).

Au moment où elles s'engagent dans la diète initiale, celle qui n'ira qu'en s'intensifiant, ces jeunes femmes adoptent des pratiques autrement répandues : leurs amies font de même et les régimes alimentaires sont une préoccupation parmi d'autres, discutées au quotidien. Là où elles se retrouvent seules, c'est à partir du point où elles rencontrent, avec la restriction alimentaire combinée à l'exercice physique intense, un succès retentissant. Les résultats spectaculaires commencent alors à éveiller les soupçons :

« My friends and schoolmates were starting to notice how much weight I lost and many were concerned. Some would say they were afraid I was going to break if they touched me. Others, more in an effort to comfort me, said I was looking great and really skinny. I felt trapped in a conundrum. Was I really doing right by restricting and overexercising ? I felt sick all the time, lethargic, and fatigued and yet I still received compliments. Now I look back and know these people were just trying to be nice and probably felt scared to say what they really thought : that I had become much too thin » (Himmel et Himmel, 2009, pp. 123-124).

À partir du moment où les pratiques deviennent franchement déviantes – celui où ces adolescentes entreprennent de se purger ou poussent la restriction au point où leur vie sociale en souffre – l'admiration initiale et l'inquiétude qui suit fait place à la désapprobation, voire au dégoût. La solitude s'installe, et avec elle la détresse qui accompagne les troubles alimentaires :

« My friends don't really understand what I am going through. They mostly just try to lecture me about how I'm ruining my body. I don't understand how they can feel that way. They say they hate their bodies as much as I hate mine. So I just have the strength to do something about it » (Rio et Rio, 2003, p. 82).

Une fois le seuil franchi, le saut dans le pathologique réalisé, la lecture des divers témoignages suggère une transformation dans le regard que les anorexiques comme les boulimiques posent sur elles-mêmes : elles ne détestent plus seulement leur corps, elles en sont dégoûtées. Tout se passe comme si le corps imposait sa logique propre. C'est d'ailleurs le point où, dans ces récits, l'alimentation commence à prendre toute la place. Quand et quoi manger et ne pas manger, comment le faire sans être vue, comment échapper au repas familial, où et quand vomir, une litanie de questions paraissent envahir les pensées à toute heure. Ce qui entre et sort du corps semble monopoliser l'esprit. Ces femmes sont pourtant bien conscientes de l'absurdité de leur comportement. Si elles n'arrivent pas à se voir comme tel, elles se savent émaciées, tout comme elles sont bien au fait des conséquences physiologiques de la restriction alimentaire et des vomissements répétés. Néanmoins, si elles ne savent pas pourquoi elles agissent ainsi, elles ne savent pas non plus comment s'arrêter. C'est donc dire que le pourquoi des troubles alimentaires occupe autant les femmes anorexiques et boulimiques que la communauté scientifique.

Pour trouver réponse à cette interrogation, des chercheurs d'horizons divers mobilisent une variété de stratégies, avec l'espoir de comprendre ce qui s'y joue et de développer une réponse thérapeutique appropriée. C'est ainsi que plusieurs examinent ce qui paraît relever de l'évidence : l'influence de l'injonction à la minceur et des modèles esthétiques contemporains sur les jeunes femmes atteintes comme sur la population générale. D'autres s'intéressent plutôt aux dynamiques psychologiques ou inconscientes qui pourraient motiver les comportements anorexiques et boulimiques, ou encore dégagent un ensemble de dynamiques sociales qui dépassent les femmes touchées, mais auxquelles elles n'échappent pas. Dans tous ces cas, on veut à identifier les racines des troubles alimentaires et décoder le message que charrieraient l'anorexie et la boulimie.

L'inscription de l'anorexie et de la boulimie dans le domaine du pathologique s'appuie sur l'hypothèse d'une différence fondamentale dans la manière dont ces femmes font l'expérience de leur environnement et l'interprètent, y compris leur environnement social avec ses normes, ses injonctions et le tissu des relations dans lequel elles s'insèrent. En cherchant à créer un modèle qui puisse rendre compte des relations de causalité et des différents facteurs en jeu dans ce que l'on traite comme des catégories naturelles, on tente en quelque sorte d'objectiver la qualité de leur expérience et le sens qu'elles accolent à leurs actions. Le problème que rencontrent alors les différentes disciplines qui étudient les troubles alimentaires et leur dimension sociale est aussi celui auquel se cogne la phénoménologie, à savoir la possibilité d'accéder à l'expérience subjective d'autrui et au sens de ses actions. Si la plupart des auteurs font « comme si » et se lancent à la recherche des motifs derrière l'action, le statut du matériel et des données qu'ils dégagent ainsi est pour le moins incertain. C'est l'une des raisons pour lequel ce matériel se révèle aussi sensible à l'environnement normatif et moral dans lequel évoluent ceux qui l'interprètent.

Dans les quatre chapitres qui suivent, j'examinerai les principaux modèles développés pour comprendre et expliquer les troubles alimentaires, en mettant l'accent sur la manière dont on les lie à la société et la culture. On cherche à identifier, entre autres choses, les motifs qui pourraient expliquer pourquoi des jeunes femmes s'engagent dans ces pratiques autodestructrices et semblent incapables d'y mettre un terme. Je me pencherai sur les postulats déterminants de chaque courant théorique, leurs variations, évolutions et mutations, ainsi que sur les débats qui agitent les disciplines impliquées dans la réflexion. Nous verrons comment s'est transformée, au fil du temps, la manière dont on pense l'intention qui se cacherait derrière l'action, tant en ce qui a trait à son contenu qu'au rôle qu'on lui attribue ou à l'importance qu'on lui accorde dans le processus de recherche.

Après des années de réflexion sur la minceur, les dynamiques familiales et les forces sociales qui pourraient motiver les comportements anorexiques et boulimiques, la quête des motifs est aujourd'hui laissée de côté à la faveur d'approches centrées autour des processus physiologiques, psychologiques et sociaux qui pourraient être en jeu non pas dans le développement, mais dans le maintien des troubles alimentaires. L'élaboration de thérapies plus porteuses prend à ce moment le pas sur la recherche des causes de l'anorexie et de la boulimie. D'un autre côté, on semble parfois tenir pour acquis que la question du social a été résolue; entre autres exemple, les programmes de prévention que l'on développe visent à améliorer l'image corporelle chez les populations à risque. Si la question du sens de l'action, des motifs et de l'intention perd, dans certains courants, sa centralité, elle ne disparaît jamais vraiment et continue à bien des égards d'orienter la recherche.

CHAPITRE IV

LE PARADIGME BIOMÉDICAL ET LE MODÈLE SOCIOCULTUREL

Dans l'approche biomédicale plus qu'ailleurs, les troubles alimentaires sont traités comme des phénomènes multidimensionnels. En effet, faute de pouvoir identifier une assise biologique au problème, médecins et psychiatres, lorsqu'ils sont engagés dans une recherche étiologique, se retrouvent en quelque sorte « pris » avec le psychologique et le social, qu'ils intègrent rapidement à leur réflexion. En conséquence, les auteurs qui participent du paradigme biomédical élaborent également une réflexion sur l'articulation de leur dimension biologique ou individuelle aux facteurs relationnels, familiaux et sociaux.

Le schéma d'interprétation dominant a commencé à se développer dans les années 1960, avec une théorie encore fortement influencée par la psychanalyse, pour se transformer et vraiment prendre son envol dans les années 1980. On a vu se dessiner, au fil des années, une chaîne causale qui vise à expliquer les manifestations contemporaines de l'anorexie et de la boulimie à partir de l'injonction à la minceur et des modèles dominants de beauté. Dans ces travaux, la culture et la société sont rabattus sur les idéaux esthétiques, la minceur devenant le moyen et la fin des troubles alimentaires. Ils sont en ce sens compris comme des problèmes individuels qui se développent à la faveur d'une vulnérabilité psychologique et d'un contexte social caractérisé, entre autres, par l'impératif de contrôle du corps. On cherche donc, dans le psychologique, les sources de la vulnérabilité individuelle et dans le social, les motifs derrière l'anorexie et la boulimie.

Si l'hypothèse qui veut que les troubles alimentaires soient l'expression pathologique de l'injonction à la minceur domine le champ de recherche, une réflexion critique se développe en parallèle, autour du concept de *culture-bound syndrome*. On mobilise ici les cas d'anorexie sans « fat phobia » ou « drive for thinness » dans et hors de l'Occident pour réexaminer la dimension sociale des troubles alimentaires. On soupçonne ici aussi le contexte socioculturel de jouer un rôle dans leur développement, mais on cherche ailleurs que dans les modèles de beauté les traits susceptibles de les promouvoir. La psychiatrie transculturelle met ce faisant l'épaule à la roue et tente de comprendre, par des travaux essentiellement qualitatifs, ce qui est en jeu dans les troubles du comportement alimentaire qui apparaissent dans les sociétés non-occidentales, le plus souvent dans des régions en proie à des transformations sociales majeures et à une modernisation rapide. Dans ces discours, on trouve diverses inquiétudes quant à l'effet d'un chaos normatif ou d'un trop-plein de normes sur des jeunes femmes vulnérables. D'un côté, le regard se pose sur l'aptitude ou l'incapacité des individus à adopter une posture critique face aux impératifs imposés par les sociétés occidentales et l'économie de marché. De l'autre, on explore les problèmes que posent les transformations sociales pour le développement d'une posture identitaire dans des sociétés en mutation, en questionnant les transformations du cadre normatif.

Dans les pages qui suivent, j'explorerai le développement, l'évolution puis la multiplication des hypothèses autour de la relation entre troubles alimentaires et société qui organisent le paradigme biomédical. Les motifs psychologiques qui pourraient porter les troubles alimentaires sont dans ce cadre laissés de côté, et il apparaîtra clairement que ce que l'on cherche dans le social, ce sont d'abord les normes auxquelles les jeunes femmes paraissent, de manière plus ou moins consciente, chercher à se conformer. C'est à cet égard que se pose le problème de l'intention, dans la mesure où l'on tente également d'identifier les raisons pour lesquelles les diverses injonctions en jeu – au premier chef l'injonction à la minceur – exercent un attrait si

important que certaines femmes, aux nom de ces idéaux, basculent dans le pathologique.

4.1 Un défaut du développement sexuel ?

À l'oeuvre dès les années 1960, le psychiatre Arthur H. Crisp a jeté les bases de la compréhension psychiatrique et biomédicale des troubles alimentaires et de la manière dont on articule leurs dimensions psychologiques, familiales et socioculturelles à leurs composantes biologiques ou individuelles. À l'époque où Crisp entreprend ses travaux, l'anorexie comme catégorie diagnostique est encore instable. Comme les auteurs qui l'ont précédé et ceux qui le suivront, il lui atteste une dimension sociale qu'il articule immédiatement à ses dimensions psychologiques et biologiques. S'il place rapidement ce qu'il nomme la « weight phobia » au coeur de sa compréhension du problème, pour lui, celle-ci ne trouve pas sa source dans l'injonction à la minceur, mais bien dans un problème du développement sexuel. Il décrit ainsi, avec moult détails, les défauts et complications de la sexualité de ses patients – il a traité autant des hommes que des femmes – et présente l'anorexie comme une réponse au caractère menaçant des pulsions charnelles qui surgissent à l'adolescence :

« This theory would be consistent with the neurophysiological concept of an arousal homeostatic mechanism in which stimuli causing intolerable arousal, e.g. sexual threats – are inhibited, by various mechanisms, from awareness. In anorexia nervosa, inhibition of this awareness might be maintained by ensuring a state of chronic hunger for food which effectively attracts and fixes maximum tolerable arousal » (Crisp et Roberts, 1962, p. 353).

La manière dont il évalue la rémission de ses patients est de ce fait intimement liée à ce qu'il considère comme un développement sexuel normal. Dans ce cadre, la conformité aux rôles socialement prescrits est cruciale et représente la mesure première

du succès de l'intervention thérapeutique. Cette conformité se définit dans la plupart des cas par l'aptitude à remplir adéquatement les rôles propres à l'adolescence, « in which the individual may rebel to some extent against parental controls and also actively test out his or her sexuality » (Crisp, 1965, pp. 75-76).

Crisp présente d'ailleurs explicitement sa vision du social, de ses transformations et des traits de la culture qui ont pu mener à la création d'un terreau fertile pour le développement de l'anorexie. En 1965 (p. 68), il s'avance timidement sur le terrain de la minceur :

« On the contrary one of the striking characteristics of anorexia nervosa as commonly seen and described, is its high incidence in adolescent girls. It is suggested (Bliss and Branch, 1960) that adolescent girls are subject to unique physical and cultural pressures in our society ».

En 1980, il pousse la réflexion un peu plus loin en interrogeant le processus de sécularisation et les mutations sociales et morales qui ont marqué le développement des sociétés contemporaines. Il mentionne entre autres l'apparition relativement récente de l'adolescence comme âge de la vie, la libéralisation de la morale sexuelle, l'urbanisation, l'émergence des mouvements féministes, l'influence toujours plus importante des médias de masse ainsi que l'affaiblissement des structures sociales et de l'institution familiale, « demanding greater structure *within* the self in the face of such freedom and lack of guidelines » (1980, p. 60). On voit apparaître l'idée que la transformation des rôles féminins traditionnels et, plus largement, du modèle dominant de féminité, puisse poser des difficultés à certaines femmes qui, affaiblies par ces chamboulements, se trouvent plus à risque de développer un trouble alimentaire :

« There are probably always social factors, both historical and immediate, that can be usefully construed as relevant to the anorectic's stance. They are rooted in the above forces and reflect predominantly either the incipient anorectic's simple incapacity to cope with the challenges presented, or else the implicit demand to "conform or else" required of her

by her immediate environment and attachments in the face of these same challenges to it »
(1980, p. 62).

Si la question de la sexualité disparaît presque entièrement du discours médical sur l'anorexie comme problème social, on retrouve chez Crisp la plupart des termes qui organiseront plus tard la réflexion. Seulement, leur hiérarchie se transforme. Les thèmes majeurs que sont l'adolescence, la transformation des rôles féminins ou la pression pour la performance sont subordonnés, dans ce qu'on nommera rapidement le modèle socioculturel, à l'injonction à la minceur, qui organise la conception des troubles alimentaires comme problème propre aux sociétés occidentales. Dans ce pan de la littérature, toutes les autres forces normatives seront mentionnées en passant ou simplement ignorées, jugées non pertinentes à l'analyse du problème.

Commentant à la fois la transformation de l'anorexie et celle des préoccupations centrales de la littérature sur le sujet, Russell (1985, p. 103), écrit :

« Yet there is an impression that nowadays sexual inhibition in anorexic women is a less regular feature, though it still occurs. Indirectly bearing on this question is the observation from a fairly recent series of anorexic patients (Dally *et al.*, 1979) that a higher proportion of them were married than in an earlier series (Kay and Leigh, 1954). In recent years, there has been a shift in emphasis on the nature of the central psychopathology of anorexia nervosa, with a greater stress on the patient's morbid preoccupation with her body weight and her dread of fatness ».

La quête de minceur devient le terme dominant qui éclipse tous les autres. Ce qui est présenté comme une hypothèse mais déployé comme un fait s'appuie sur l'idée d'une augmentation rapide et récente de l'incidence des troubles du comportement alimentaire : « The endorsement our society gives to an ideal of thinness for young women is likely to be responsible for the current high frequency of the illness » (Beumont *et al.*, 1993, p. 1635).

4.2. Une quête effrénée de minceur ?

Si le thème n'est pas, à l'époque, entièrement nouveau, Garner et Garfinkel lancent en 1980 le bal des études sur la minceur avec un article, rapidement devenu classique, intitulé « *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*¹¹ ». Presque invariablement par la suite, les articles qui traitent explicitement de la dimension socioculturelle des troubles de l'alimentation se concentreront sur la minceur. Garner et Garfinkel ont mesuré les attitudes à l'égard de la minceur et de l'alimentation d'une population d'étudiantes en danse et en mannequinat qui fréquentent des écoles professionnelles, puis ont contrôlé leurs résultats en les comparant à ceux obtenus par un groupe d'étudiantes universitaires dites normales, une population anorexique, de même qu'un groupe d'étudiants en musique. L'hypothèse au cœur de la démarche est que « subcultures in which pressures to be slim and to diet are augmented may give rise to a greater expression of the disorder in vulnerable adolescents » (Garner et Garfinkel, 1980, p. 648). L'enquête a été conçue de manière à tester deux variables, à savoir la pression pour la minceur et la pression pour la performance. Le raisonnement est ici que la réception de l'injonction à la minceur pourrait être renforcée par la nécessité de performer dans un milieu compétitif, ce qui favoriserait le développement de l'anorexie mentale :

« Although it may appear superficial to ascribe to cultural ideals a role in the development of anorexia nervosa, the potential impact of the media in establishing identificatory role models cannot be over-emphasized. This, within the context of excessive performance demands, may be of major significance » (Garner et Garfinkel, 1980, p. 652).

En d'autres termes, les auteurs concluent que la pression pour la performance n'explique pas à elle seule l'incidence accrue de l'anorexie dans les milieux fortement

¹¹ Dans une analyse des 100 articles sur l'anorexie mentale les plus souvent cités (Lipsman *et al.*, 2014), cet article figure en dixième position, précédé entre autres par des enquêtes épidémiologiques et des écrits sur l'élaboration d'inventaires et questionnaires psychologiques autour de l'image du corps et de la préoccupation pour la minceur.

compétitifs. Ils proposent plutôt que « a certain vulnerable subgroup of women who must exaggerate the need to grow thin are at high risk for the development of anorexia nervosa » (p. 652). Pour propulser le développement d'un trouble alimentaire, la pression pour la performance doit se marier à une pression accrue pour la minceur et pousser à l'adoption des pratiques conséquentes.

Ces deux auteurs accusent également la transformation des rôles féminins traditionnels et la multiplication concomitante des exigences qui pèsent sur les femmes de participer au développement de l'anorexie mentale. La libération des femmes contribuerait de ce fait à la hausse de l'incidence du trouble :

« Other sociocultural factors affecting women and their changing role within society have been implicated in the development of anorexia nervosa. For example, there has also been an increased pressure on women for a wider range of roles for vocational achievement. Although this certainly represents a desirable transition for women, the dramatic shift in roles and expectations may pose adjustments problems for some » (Garfinkel et Garner, 1982, pp. 117-118).

Jusqu'au milieu des années 1990, cet argument est récurrent. Par exemple, quelques années plus tard, Chadda *et al.* (1987, p. 110) avancent : « In addition to increasing slimness consciousness, there has also been a changing vocational roles for the women in the recent past. This also poses adjustment problems for at least some of them ». Chez tous les auteurs qui développent cette idée, cette vulnérabilité doit être liée à un ensemble de faiblesses individuelles pour que surgisse un trouble alimentaire.

L'adolescence compte également au nombre des facteurs de vulnérabilité évoqués. Celle-ci, toutefois, n'agirait pas de manière indépendante et ne serait qu'une forme de fragilité qui ouvre la porte à une adhésion pathogène à l'idéal de minceur. À ce sujet, le sociologue et anthropologue Roger Bastide (1965, pp. 83-84) écrit :

Les étapes physiologiques qui marquent le passage d'un moment de la vie à un autre et qui ont été considérées comme des facteurs particulièrement importants dans l'apparition des démences, comme la ménopause pour la femme, semblent bien n'agir qu'à travers la signification sociale et symbolique de ces étapes – non directement. Ce sont les représentations collectives de la ménopause comme fin de la vie sexuelle ou comme crise sociale qui constituent l'élément pathogène.

Si elle peut être médiée par d'autres facteurs, par exemple la fragilité associée aux périodes de transition, dans le paradigme biomédical, la minceur n'a plus de concurrent. Le régime amaigrissant, présenté comme un passage obligé dans le développement de l'anorexie et de la boulimie, est perçu comme une fin en soi, bien qu'on la rattache parfois à des pressions normatives auxquelles la minceur donnerait corps, comme celles liées à l'autonomie, au contrôle de soi, à la performance ou au succès.

Malgré tout, le cadre normatif plus large n'attire que peu ou pas l'attention des chercheurs. On le considère contenu en entier dans la seule charge symbolique de la minceur. On la décrit comme un élément essentiel de la beauté et un synonyme de performance (Chadda *et al.*, 1987; Hogan et Strasburger, 2008). Elle serait non seulement un gage de succès, mais un préalable à la réussite sociale (Stice, 1994), et l'idéal esthétique promu par les médias de masse porterait la promesse d'un potentiel maximal de séduction (Faer *et al.*, 2005; Feldman *et al.*, 1988; Hogan et Strasburger, 2008; Jordan *et al.*, 2008; Levitt, 2003; Nasser, 1988a). Plus largement, on considère la minceur comme l'incarnation des vertus cardinales des sociétés occidentales contemporaines : « by the sixties, in the minds of patients thinness has become a symbol for independence, autonomy, innocence, vigor, frugality and moral excellence, instead of merely reflecting admirable and enviable slenderness » (Casper, 1983, p. 13). Toutefois, ces éléments ne font l'objet d'aucune enquête systématique. Dans la mesure où l'on fait de la minceur, donc de la beauté, le symbole de la conformité à toutes les exigences qui pèsent aujourd'hui sur l'individu, une exploration plus approfondie du système normatif qui régit nos sociétés paraît superflue. On en fait donc

l'économie et on rabat les causes des troubles alimentaires sur une quête avant tout esthétique.

Ici comme ailleurs, on cherche à identifier les rouages de l'entrée dans les troubles alimentaires et les motivations derrière les agissements des anorexiques et des boulimiques, dénonçant dans le même mouvement les idéaux actuels de beauté. Là où nombre des femmes concernées semblent plutôt déconcertées par leur propre comportement, on postule qu'elles visent d'abord et avant tout à se conformer aux normes esthétiques en vogue. Pourtant, si elles ne cessent de voir leur chair en trop, anorexiques et boulimiques semblent réaliser assez tôt le caractère problématique de leur comportement et peinent elles-mêmes à identifier ce qui les a poussées vers les troubles alimentaires. Plus encore, une fois la maladie bien installée, si elles ne parviennent pas à le *voir*, elles se *savent* bel et bien trop maigre. Elles remarquent les regards dédaigneux ou effrayés qui se posent sur elles, elles entendent lorsqu'on leur dit qu'elles sont allées trop loin et que leur corps est loin d'être attirant. Elles n'ignorent pas qu'une fois la maladie bien installée, elles sont à des lieues des critères de beauté à partir desquels on les juge :

Je suis devenue encore plus vulnérable et mon corps cadavérique fait peur au monde autour de moi. J'observe la vie se dérouler devant moi sans pouvoir y participer. Je voudrais être comme les autres, mais je ne sais vraiment plus de quelle façon y parvenir (Véronikah, 2014, p. 55).

Plus encore, si ces femmes ne comprennent pas vraiment ce qui a pu les pousser vers les pratiques de restriction et de purge, elles savent encore moins comment y mettre un terme. Elles paraissent captives d'un cercle vicieux qui impose rapidement sa logique propre. L'amaigrissement semble devenir une fin en soi :

Je recommence mes marches à travers la ville pour me dépenser un peu. Je ne veux surtout pas m'encroûter. J'espère secrètement perdre cent grammes par-ci, cent grammes par là.

Pourquoi ? [...] Quelle est cette force inouïe en moi qui me pousse à me détruire alors que j'ai tout à reconstruire ? (Marie-Claire, 2010, p. 40)

De ce point de vue la minceur, ou plutôt la maigreur, est bel et bien au coeur des préoccupations anorexiques et boulimiques. Mais on peut se demander si la place qu'elles occupent dans l'ordinaire des troubles alimentaires est bien celle que lui accordent les chercheurs qui adhèrent au modèle socioculturel.

4.3 Classe sociale et origine ethnique

À l'intérieur du modèle socioculturel, on mobilise deux variables pour tester l'hypothèse d'une relation entre pression pour la minceur et troubles du comportement alimentaire : l'appartenance ethnique et le statut socioéconomique. Comme on rattache généralement les traits culturels susceptibles d'encourager le développement de l'anorexie aux classes supérieures et à l'idéal corporel blanc et occidental, l'hypothèse est que l'on devrait trouver moins de cas dans les couches inférieures de la société de même que dans les autres groupes ethniques. Dans leur enquête sur les troubles de l'alimentation chez les danseuses professionnelles, Hamilton *et al.* rapportent que, contrairement aux danseuses caucasiennes, aucune des danseuses noires de leur échantillon ne déclare souffrir d'anorexie ou de boulimie. Les auteurs expliquent cette situation par l'appartenance à des milieux culturels différents. Leur hypothèse est que les femmes noires seraient moins touchées par la pression pour la minceur en raison même de leur appartenance ethnique, qui les protégerait des troubles alimentaires :

« Perhaps the black dancers, by virtue of cultural expectations, have a more realistic body image than the white dancers and are able to keep their weight within acceptable ranges without excessive concerns about dieting » (Hamilton *et al.*, 1985, pp. 474-475).

Adoptant un modèle explicatif semblable, Austin et Smith (2008) se sont intéressées à la relation entre l'internalisation de l'idéal de minceur et les troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes dans une région pauvre du Mexique, en se basant sur l'idée que l'idéal de minceur serait un trait blanc, occidental, et qu'il trouverait son expression la plus forte dans les classes supérieures. Dans ce cadre, elles se demandent si l'adhésion aux valeurs mexicaines traditionnelles pourrait contrecarrer à l'influence pathogène de l'idéal corporel occidental. Plus précisément, elles postulent que :

« (a) thin ideal internalization would mediate the relationship between thin ideal awareness and body dissatisfaction; and (b) thin ideal internalization would mediate the relationship between thin ideal awareness and eating disorder symptoms. In terms of the relationship between traditional Mexican values and thin ideal internalization, we expected that : (c) traditional family values (familismo), as measured by adolescent report, would be inversely associated with thin ideal internalization » (2008, p. 450).

Les auteures ont retrouvé les corrélations attendues entre toutes les variables mesurées : l'internalisation de l'idéal de minceur conduirait à l'insatisfaction corporelle et à l'apparition de symptômes rattachés aux troubles alimentaires, alors que les jeunes femmes fortement attachées à leur familles seraient plutôt exposées aux valeurs mexicaines traditionnelles qui les protégerait des effets délétères des modèles de beauté occidentaux.

Dix ans plus tôt, Wichstrøm *et al.* (1994) se sont intéressés à la relation entre le statut socioéconomique (SES), traité comme un indicateur de l'emphase mise sur la minceur, et les troubles du comportement alimentaire. À leur grande surprise, ils n'ont trouvé aucune relation significative entre les variables mesurées. Leurs données n'indiquait pas de corrélation entre l'appartenance sociale et les résultats obtenus par les participants à une version adaptée (EAT-12, Lavik *et al.*, 1991) du *Eating Attitude Test* (EAT-26, Garner *et al.*, 1982). Si, à l'époque, on considère généralement l'anorexie comme un problème des classes supérieures, les données de cette enquête, et celles d'un ensemble de travaux encore récents au moment où cet article a été publié,

indiquent plutôt une distribution plus ou moins uniforme des troubles de l'alimentation dans les différentes couches de la société. Ici, c'est la manière dont Wichstrøm *et al.* interprètent leurs résultats et expliquent l'absence de relation entre les variables étudiées qui est particulièrement intéressante. Après s'être étonnés de leurs résultats et avoir brièvement traité des mécanismes qui peuvent potentiellement expliquer la relation entre l'appartenance aux couches supérieures de la société et les troubles alimentaires et ce, malgré l'absence de lien qu'indiquait leur enquête, ils écrivent : « However, it might well be that thinness as a body ideal has by now spread throughout society, and particularly so in relatively homogeneous societies, such as the Nordic countries » (Wichstrøm *et al.*, 1994, p. 480). Ils persistent donc à rattacher les troubles du comportement alimentaire à l'injonction à la minceur. En postulant que les modèles de beauté ont une pénétration plus vaste qu'initialement estimé, ils parviennent à expliquer ces résultats inattendus tout en s'inscrivant dans le paradigme dominant.

4.4 Injonction à la minceur, anorexie et boulimie : une chaîne causale

En fait, que l'on explique l'anorexie et la boulimie à partir des concepts de « drive for thinness » (Garner *et al.*, 1983) ou de « weight phobia » (Crisp, 1967), dans le modèle socioculturel, l'injonction à la minceur est toujours au début d'une chaîne causale qui part des traits du social et, passant par un ensemble de processus psychologiques, permet de rendre compte du développement d'un trouble alimentaire chez un individu donné. On explique que, par l'action des divers agents de socialisation, les jeunes femmes prennent conscience de la signification et de l'importance de la minceur et de l'idéal esthétique dans les sociétés contemporaines. Lorsque les facteurs nécessaires sont réunis, un individu vulnérable internalisera le modèle corporel dominant, ce qui l'entraînera de manière inévitable à juger sévèrement son apparence. Cette disposition

le poussera à mettre en oeuvre diverses pratiques d'amaigrissement et de contrôle du poids, qui pourront éventuellement mener à l'apparition d'un trouble alimentaire.

Au point de départ de cette chaîne causale se trouvent les agents classiques de socialisation, divisés en trois catégories, à savoir les pairs, la famille et les médias. Ceux-ci participent à la diffusion constante et répétée de l'injonction à la minceur et des modèles de beauté qui envahissent toutes les sphères de la vie des adolescentes : « The ubiquity, pervasiveness, and varying channels of message transmission all serve to socialize children to unquestionably accept that thinness is essential to beauty » (Jordan *et al.*, 2008, p. 441) On s'intéresse à l'importance de la minceur dans les groupes d'adolescentes (Allison *et al.*, 2014; Chadda *et al.*, 1987) et d'adolescents (Toro *et al.*, 2005), de même qu'à l'effet des taquineries et commentaires désobligeants qui sont partie prenante du quotidien à cet âge : « Criticism, teasing, and bullying focused on food, weight, and shape issues specifically increase the risk of developing an eating disorder » (Treasure *et al.*, 2010, p. 586). Pour éviter la médisance, adolescents et adolescentes pourront être tentés de réduire leur poids de façon à se conformer aux modèles prisés, ce qui les poussera à adopter les pratiques d'amaigrissement préalables au développement d'un trouble alimentaire.

La famille est le plus souvent mentionnée rapidement, sans que l'on ne s'attarde aux mécanismes spécifiques qui en font un rouage dans l'internalisation de l'injonction à la minceur. Quelques auteurs, toutefois, font état de son effet de protection contre les effets dommageables des standards esthétiques actuels. Ainsi, au Mexique, « girls high in familism might place more importance on their role in the family and place less value upon achieving a thin body size » (Austin et Smith, 2008, p. 455). Koruth *et al.* (2012) accordent d'ailleurs à la famille, aux pairs et aux professionnels de la santé un rôle de premier plan dans le processus de rétablissement chez les jeunes femmes anorexiques. Cette idée demeure toutefois marginale, et l'on insiste plus largement, dans l'ensemble

de la littérature existante, sur les effets négatifs de la pression par les pairs ou de l'influence familiale en ce qui concerne l'entretien du corps.

Les médias sont considérés comme le vecteur de socialisation le plus important et le plus délétère. Plusieurs articles sont consacrés uniquement ou principalement à la relation entre les médias, l'idéal de minceur et les troubles du comportement alimentaire (par exemple Hogan et Strasburger, 2008; Jordan *et al.*, 2008), ou attribuent un rôle central aux modèles diffusés par la télévision, qui « delivers a message of thinness being equated with beauty and the good life » (Feldman *et al.*, 1988, p. 193). L'apparition des sites Internet « pro-anorexie » a par ailleurs semé l'émoi dans la communauté scientifique, qui craint que leur contenu n'accentue plus encore la pression pour la minceur (Juarez *et al.*, 2012), précipite l'apparition de l'anorexie ou de la boulimie, ou entrave la rémission chez celles qui en souffrent déjà :

« The content of those sites poses a potentially serious health risk. "About a third of patients with eating disorders have used these websites. When it comes to the dangers of these sites, there are two big things that we need to think about : one is that these sites might induce an eating disorder [in vulnerable people] or maybe if you already have an eating disorder, these sites make it difficult to recover", warns Sharpe [Section of Eating Disorders, Institute of Psychiatry, London, UK]. "We know that people with anorexia are often terrified of being made to give up their anorexia, and are therefore reluctant or at least ambivalent about recovery or accepting help. Pro-ana sites exploit this ambivalence," adds Ulrike Schmidt, head of the eating disorders section at South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK » (Christodoulou, 2012, p. 110).

Si les différents agents de socialisation représentent la courroie de transmission de l'injonction à la minceur et de ses significations, c'est l'internalisation des idéaux esthétiques qui marquerait le premier pas vers le développement d'un trouble du comportement alimentaire. Celles qui parviennent à entretenir une distance critique face aux modèles de beauté ne seraient pas à risque.

S'inspirant de Thompson *et al.*, (1997), Jordan *et al.*, (2008, pp. 441) définissent l'internalisation de l'idéal de minceur comme « the degree to which an individual adopts the thin body standard condoned by society and attempts to achieve this ideal herself ». L'internalisation de l'injonction à la minceur n'implique pas seulement l'intégration d'une représentation, mais l'adoption d'un ensemble de pratiques visant à s'y conformer. Elle aurait pour corrélaire la « body dissatisfaction », elle-même précurseuse de pratiques d'amaigrissements plus poussées. Selon McCarthy (1990, p. 208), qui étudie la relation entre l'idéal de minceur, la dépression chez les femmes et les troubles du comportement alimentaire,

« [...] the pre-anorexic has more strongly internalized the thin ideal and has therefore a greater dissatisfaction with her own body. She also may place greater importance on her appearance than other girls. According to the model presented earlier depression would likely occur either directly from her dissatisfaction with her body or from repeated dieting and constant failure to lose weight ».

Elle exprime ce qui sera répété à maintes reprises, à savoir que l'internalisation de l'injonction à la minceur va de pair avec une insatisfaction face à son propre corps et un ensemble d'affects négatifs (Stice, 1994), une détresse qui poussera à l'action (Hogan et Strasburger, 2008; Jordan *et al.*, 2008; Juarez *et al.*, 2012).

Insatisfaites de leur corps, les jeunes femmes s'engageraient dans un ensemble de pratiques visant à maigrir, ou à tout le moins à éviter d'engraisser. Parmi ces pratiques, on mentionne la restriction alimentaire ou les vomissements provoqués, l'usage de laxatifs et autres techniques de purge mais, étrangement, assez peu le recours à l'exercice physique soutenu ou excessif. Les conditions réunies, ces pratiques mèneraient, dans les cas les plus graves, au développement de l'anorexie, de la boulimie, ou d'un trouble alimentaire atypique.

Ce modèle postule une adoption progressive de l'idéal de minceur. La préoccupation s'installerait petit à petit, jusqu'à ce que les jeunes femmes passent à l'action et entament un régime amaigrissant. Or, si l'anorexie semble lentement grandir chez celles chez qui elle s'est installée, c'est une entrée soudaine dans le trouble qui se donne à lire dans leurs journaux et témoignages. La plupart des femmes qui écrivent semblent capables d'identifier le jour précis où les troubles alimentaires sont entrés dans leur vie, parfois en l'absence préalable d'une préoccupation marquée pour la minceur.

Le modèle socioculturel postule qu'il est également possible de développer un trouble du comportement alimentaire sans avoir internalisé l'injonction à la minceur ou sans entretenir une perception négative de son apparence physique. Dans ce cas, c'est plutôt le fait de baigner dans un milieu où l'on met fortement l'emphase sur la performance et l'entretien du corps qui pose problème (Garner et Garfinkel, 1980; Hamilton *et al.*, 1985). On fait par ailleurs de la double pression pour la performance et l'entretien du corps l'un des facteurs pouvant pousser au développement d'un trouble du comportement alimentaire chez les hommes :

« Our results suggest that, of all elite athletes, it is really only the thin-build group who are at increased risk of developing full-blown eating disorders. It is of note that it was this group of athletes who perceived themselves to be subject to the most intense pressure to be thin. Therefore, it is not so much being an athlete that places an individual at risk for developing an eating disorder. Rather, the risk involves being an elite athlete in a sport which emphasises the importance of a thin body shape or a low body weight » (Byrne et McLean, 2002, p. 89).

L'adoption de pratiques d'amaigrissement est généralement considérée comme un passage obligé du développement d'un trouble alimentaire, mais on sépare le moment où l'individu s'engage dans cet ensemble de pratiques de celui où apparaît le trouble proprement dit. À cet égard, on accorde une grande importance, dans la littérature, au problème du continuum (l'anorexie et la boulimie sont-elles une version extrême de pratiques largement répandues, ou appartiennent-elles à une catégorie d'expérience

séparée ?), le plus souvent médié par la question de la vulnérabilité individuelle, qui permettrait d'expliquer pourquoi, dans un même contexte, certaines développent un trouble du comportement alimentaire et d'autres pas.

4.5 La question du continuum et la vulnérabilité

L'hypothèse d'une continuité entre pratiques ordinaires d'amaigrissement et troubles du comportement alimentaire a été lancée dès les années 1970 (Fries, 1974; Nylander, 1971), et Garner et Garfinkel posent la question du continuum en 1980 sans y apporter de réponse. L'idée d'une continuité entre les pratiques d'amaigrissement et les troubles alimentaires infuse toutefois rapidement la littérature et devient inhérente au modèle socioculturel. C'est entre autres pourquoi on consacre beaucoup d'énergie à mesurer la réceptivité des jeunes femmes aux discours qui font la promotion de la minceur. Ainsi écrivent Byrne et McLean (2002, p. 88) :

« [...] there may be a threshold for sociocultural pressure in regard to eating disorders. It may be that at some point on the continuum of perceived pressure there lies a threshold, beyond which the manifestation of an eating disorder is more likely to occur. [...] Another possibility is that specific protective or aggravating factors may interact with sociocultural pressure to either exacerbate or moderate the effect of this pressure ».

Si on suppose généralement qu'elle est en elle-même dommageable, la pression socioculturelle à laquelle réfèrent Byrne et McLean ne deviendrait vraiment toxique qu'à partir du moment où elle est associée à une fragilité interne à l'individu. L'adolescence, ses tumultes et les transformations corporelles qu'entraîne la puberté sont au nombre des facteurs de vulnérabilité évoqués. L'adolescence est présentée comme une « daunting task » (Hogan et Strasburger, 2008, p. 525), un moment où l'individu, affaibli par l'ensemble des transformations qui s'imposent à lui, se révèle particulièrement perméable aux messages portés par les médias, la famille et les pairs :

« the thin ideal may have its biggest impact during puberty when physical changes increase the discrepancy between the body image of the adolescent girls and the ideal, and when sexual attractiveness becomes important » (McCarthy, 1990, p. 208).

On couple généralement la fragilité induite par l'adolescence à une explication par la famille puisée dans les théories psychodynamiques. On peut invoquer un profil psychologique particulier (Chadda *et al.*, 1987; Hamilton *et al.*, 1985; Jordan *et al.*, 2008), « inadequate coping skills » (Garner, 1993, p. 1633), « insufficiently or only poorly developed psychosocial competencies » (Thiel *et al.*, 1993, p. 259), ou encore noter l'impact particulièrement fort de l'injonction à la minceur chez de « vulnerable persons seeking approval and relationships » (Levitt, 2003, p. 222). L'exposition plus ou moins soutenue aux médias joue également un rôle important dans la réflexion (Hogan et Strasburger, 2008; Juarez *et al.*, 2012). De même, on a récemment entrepris d'expliquer le développement d'un trouble alimentaire chez une personne donnée par l'interaction entre certains traits de personnalité, « psychological stress or stressful life events » et les caractéristiques génétique d'un individu (Allison *et al.*, 2014; Tozzi *et al.*, 2003, p. 144).

Dans un autre ordre d'idées, on redoute la possibilité d'une « contagion sociale » des troubles alimentaires et surtout de la boulimie. À cet égard, les pratiques purgatives font l'objet d'une attention particulière dès les années 1980. Russell (1985, pp. 107-108), par exemple, écrit :

« We should also remember that patients may tell us they started to induce vomiting when questioned by their doctors about this practice, or after reading a description in a magazine. Thus, in a proportion of bulimic patients, enhanced suggestibility may play a part in the spread of the disorder. The question should therefore be asked whether the increased frequency of bulimic disorder might in part be due to a factor of contagion ».

Il n'est toutefois pas clair si l'on considère que l'on puisse « attraper » la boulimie simplement en apprenant à vomir ou à consommer des laxatifs pour contrôler son poids, ou si l'on craint que le contact avec un certain nombre d'informations participe plutôt au raffinement des techniques purgatives et à l'intensification du trouble. Chiodo et Latimer semblent plutôt pencher vers la première option :

« [...] it may be that given the cultural and professional influences of ideal body weight, certain individuals become vulnerable to adopt vomiting as a relatively easy, short-term means to control weight rather than through a longer-term moderating process of caloric intake and physical activity » (1983, p. 135).

On note ici que la volonté de perdre du poids n'est pas, en elle-même, condamnée; c'est le moyen choisi qui pose problème.

Aujourd'hui, l'anorexie et la boulimie sont assez bien connues pour que la vaste majorité des femmes, qu'elles souffrent ou non de troubles alimentaires, soit au fait des techniques purgatives mobilisées dans la boulimie, comme les vomissements et le recours aux laxatifs. En conséquence, les inquiétudes de la communauté scientifique se déplacent vers une contagion à la fois sociale et psychologique. Les sites web pro-anorexie et pro-boulimie sont au coeur de ces préoccupations. Si l'on aborde le problème ainsi, la contagion n'opère plus seulement par les pratiques, mais également par l'ensemble des normes et des valeurs qui caractérisent les troubles alimentaires, autrement dit un « ethos » qui serait constamment renforcé par la communauté dans laquelle il se développe. La crainte est que le contact avec l'ethos anorexique ou boulimique et l'adoption de leurs techniques propres puisse provoquer l'apparition ou l'intensification d'un trouble alimentaire. Ces préoccupations se déploient dans un contexte où l'on envisage qu'une pression accrue pour la minceur puisse provoquer le développement de l'anorexie ou de la boulimie à un seuil de vulnérabilité moins élevé. On postule ici une différence quantitative – et non pas qualitative – entre les pratiques ordinaires d'entretien du corps et les troubles du comportement alimentaire. Autrement

dit, l'hypothèse la plus répandue veut que l'anorexie et la boulimie soient la manifestation extrême de pratiques d'amaigrissement autrement répandues. Ici, on inscrit clairement les troubles alimentaires dans un continuum et on comprend le problème en termes d'intensité.

4.6 L'anorexie mentale est-elle un *culture-bound syndrome* ?

Les auteurs qui participent à la formulation de la chaîne causale présentée plus haut tiennent pour acquis que l'anorexie mentale est le produit des sociétés occidentales contemporaines et lient son développement à l'adhérence marquée aux idéaux esthétiques qu'elles charrient. Dans cet esprit, la psychiatrie s'est emparée de la question de la dimension culturelle de l'anorexie mentale par le concept de *culture-bound syndrome* (CBS), ou de syndrome lié à la culture. Les approches, à cet égard, sont toutefois éclatées, et chaque auteur adapte le concept, plutôt malléable, à sa propre compréhension du problème. Prince (1985) le définit comme « a collection of signs and symptoms (excluding notions of cause) which is restricted to a limited number of cultures primarily by reason of certain of their psychosocial features » (1985, p. 201). Wax et Cassell (1990), qui adoptent les critères proposés par Ritenbaugh (1982), le définissent plutôt comme un ensemble de symptômes rattachés, dans une culture donnée, à une maladie ou à une dysfonction largement reconnue, et qui remplissent les critères suivants :

- « 1. It cannot be understood apart from its specific cultural or subcultural context;
 2. Its etiology summarizes and symbolizes core meanings and behavioral norms of that culture (or subculture);
 3. Its diagnosis relies upon culture-specific technology, as well as ideology;
 4. And its treatment can successfully be accomplished only by participants in that culture »
- (Wax et Cassell, 1990, pp. 136-137).

Dans la littérature scientifique, contrairement à ce qui est souvent allégué, on trouve peu d'auteurs qui acceptent aveuglément l'idée que l'anorexie mentale soit un *culture-bound syndrome*. On utilise plutôt l'anorexie pour mettre le concept en question et juger sa pertinence. En effet, jusqu'à ce qu'on l'applique à l'anorexie mentale, il avait plutôt été déployé en regard de pathologies que l'on ne trouve qu'hors de l'Occident et qui présentent, pour les populations des pays industrialisés, un fort caractère exotique (Lee, 1996). L'anorexie permet donc de mettre le concept à l'épreuve dans le contexte qui l'a vu naître. C'est exactement l'usage qu'en fait Prince (1985).

En se basant sur sa propre définition du concept – alors que celle proposée par Ritenbaugh est plus largement acceptée –, Prince opère un bref examen des traits des sociétés contemporaines pouvant être en jeu dans le trouble, et s'avance :

« As regards anorexia nervosa, it is clear that our major difficulty in deciding its status as a CBS is a lack of information. The decision hinges on the empirical question of whether or not the syndrome occurs in non-Western cultures or segments of them which are not markedly influenced by Western cultures. If we assume that anorexia nervosa is limited in this way, the CBS label seems appropriate and understandable, and fits comfortably into the CBS definition suggested here » (1985, p. 201).

Il réitère ici la position qu'il avait adoptée deux ans plus tôt (Prince, 1983), qui s'appuie sur une saisie épidémiologique du débat beaucoup plus que sur un questionnement autour du rôle que peuvent jouer la société et la culture (Swartz, 1985, p. 726). Swartz mobilise quant à elle la définition proposée par Ritenbaugh (1982), qui n'attribue pas au syndrome « a reality apart from that which is negotiated between those who treat it and those who suffer from it » (Swartz, 1985, p. 726). L'enjeu, pour elle, est celui du sens du trouble, lequel est indissociable de son contexte plus large. La culture, pour Swartz, réfère autant au contexte occidental qu'aux diverses sous-cultures présentes dans une même société, ou encore à la culture médicale ou professionnelle qui soutient la pratique diagnostique et thérapeutique. Autrement dit, le concept de *culture-bound syndrome* permet, pour Swartz, de rendre compte des diverses tensions

culturelles qui contribuent à la « mise en forme » de l'anorexie, et « focuses attention on the creation of meaning in a context far broader than that of individual psychopathology » (p. 729). Il représente une opportunité d'interroger le contenu sémantique de l'anorexie, qui ferait le pont entre l'expérience de la maladie et son insertion dans les relations sociales. Elle rejoint par là l'analyse par le social (cf. chapitre VI).

Caroline Banks (1992) défend une position semblable. Au-delà du propos plutôt général de Swartz, elle s'oppose à la réduction de la culture occidentale à l'injonction à la minceur et propose de comprendre l'anorexie comme un ascétisme qui, dans certains cas, comporte une forte dimension religieuse. Elle adopte, tout comme Swartz d'ailleurs, une position proche de la psychanalyse et postule une dimension inconsciente aux tensions présentes dans l'anorexie :

« There is no doubt that most contemporary theories about, and research on, anorexia nervosa are secular, and eschew religion. But if one looks at how anorectics themselves express and understand their food refusal, some still draw on religion and religious values about the body and food to encode their personal concerns. These concerns may be, in turn, motivated by anxieties of which the anorectic may be unaware. Nonetheless, she gives meaning to the various symptoms and uses explicit cultural beliefs and symbols about the body and food, such as those that are part of religion, to do so » (Banks, 1992, p. 880).

Dans la mesure où le sens que l'on construit autour de l'anorexie s'appuie largement, pour Banks, sur l'héritage chrétien des sociétés occidentales, le trouble est bien pour elle un *culture-bound syndrome* tel que le définit Ritenbaugh. Elle refuse toutefois d'affirmer que l'anorexie et la boulimie ne se trouvent que dans les sociétés occidentales prospères, ce que l'on tient généralement pour acquis. En ce sens, elle fait un usage somme toute instrumental du concept de *culture-bound syndrome*, qui lui permet de montrer que le trouble ne peut être compris qu'à l'intérieur d'une culture, sans toutefois supposer que l'on ne puisse le trouver que dans la nôtre. Ce faisant, elle ouvre une brèche dans l'image généralement acceptée de l'anorexie « type », au

fondement de la chaîne explicative présentée plus haut. On voit également apparaître chez elle l'idée qu'il puisse y avoir plus qu'une anorexie, ou que les motivations derrière les troubles alimentaires puissent être beaucoup plus variées que ne le propose le modèle socioculturel. Ces différentes approches montrent surtout que le concept de *culture-bound syndrome* peut être mobilisé à la fois pour confirmer le modèle socioculturel – comme chez Prince, par exemple – et pour inviter à un examen plus poussé des dynamiques des sociétés occidentales et de leur rôle dans l'étiologie de l'anorexie mentale.

4.7 L'énigme de l'anorexie sans *fat phobia*

Dans un esprit semblable, le psychiatre Sing Lee, rattaché au département de psychiatrie de l'Université chinoise de Hong Kong, rejette la centralité de la « *fat phobia* » dans le diagnostic d'anorexie mentale et dans l'interprétation de sa dimension culturelle. Pour mettre en question le paradigme dominant, il s'appuie à la fois sur ses propres observations (Lee *et al.*, 1993) et sur un certain nombre d'études et de témoignages de cliniciens. Dans un ensemble de cas qu'il a recensés en Chine, 59% des patients se présentaient sans *fat phobia* (Lee *et al.*, 1993). Il témoigne : « Unlike fat phobic patients, many of them actually complained about their thinness » (Lee, 2001, p. 44). Il cite de même Steiger (1993, p. 352), qui écrit que :

« anyone who works with large numbers of AN [anorexia nervosa] sufferers knows that this disorder is not uniformly about a desire to be thin. Rather, the apparent pursuit of thinness or weight phobia seen in AN is often explicable in terms idiosyncratic to each case ».

Pour Lee, en plaçant la « *fat phobia* » au centre de l'anorexie mentale, le modèle biomédical rejette *de facto* toute autre motivation qui pourrait pousser les femmes

touchées à la restriction alimentaire. Comme l'interprétation dominante impose un cadre étroit à l'expérience de l'anorexie et aux explications que ces femmes peuvent mobiliser pour rendre compte de leurs pratiques, le travail des cliniciens qui rencontrent le trouble dans un contexte culturel où la minceur revêt un tout autre sens s'en trouve grandement compliqué. Porté par ces considérations somme toute pratiques, Lee plaide pour un assouplissement des critères diagnostiques :

« From this perspective, the DSM-IV diagnosis of anorexia nervosa can be made culture-flexible by broadening its criteria '2' and '3' ¹². Instead of the mandatory requirement for 'fat phobia' in the face of obvious underweight, a polythetic criterion would read something like this : 'the low body weight is caused by a voluntary reduction of food intake which may variously be attributed to fear of fatness, abdominal bloating/pain, loss of appetite, no hunger, fear of food, distaste for food, or don't know' » (Lee, 2001, p. 47).

Si l'on suit sa logique, en élargissant l'éventail des motifs acceptés, il serait possible de rendre compte des variations culturelles et historiques des pratiques de restriction alimentaire et d'amaigrissement, qui peuvent alors être détachées de l'injonction à la minceur. Lee ne s'avance pas sur les causes possibles de l'anorexie mentale, pas plus qu'il n'apporte de réponse définitive quant à savoir si elle est un *culture-bound syndrome*. Il s'oppose toutefois à la centralité de la phobie du gras dans la manière dont on l'interprète, au nom du caractère culturellement situé des reconstitutions narratives de l'expérience et des motivations possibles des femmes concernées. Ce faisant, il dénonce la caractère résolument ethnocentrique de la définition biomédicale de l'anorexie mentale.

Les travaux de Lee, qui sont par ailleurs largement cités par les chercheurs qui travaillent sur la dimension transculturelle des troubles du comportement alimentaire,

¹² « B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. C. 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 » (American Psychiatric Association, 2004, p. 259).

sont publiés au moment où s'effrite le stéréotype de l'anorexique blanche, bonne élève, issue des classes supérieures. On commence à repérer des cas dans toutes les classes sociales, chez des femmes de toutes les origines ethniques, mais aussi hors de l'Occident. Ces occurrences recensées à travers le monde présentent un portrait clinique semblable à celui que l'on rencontre en Occident, mais surviennent dans des sociétés où l'injonction à la minceur est relativement faible.

Comme la *fat phobia* n'occupe pas, dans ces cas, la place centrale que lui accorde la nosographie occidentale, le travail diagnostique et épidémiologique souffre du caractère ethnocentrique de la définition canonique de l'anorexie mentale, mais aussi du fait que les différents instruments utilisés pour identifier et compter les anorexiques et les boulimiques (comme le *Eating Attitude Test*, Garner et Garfinkel, 1979) sont organisés autour des préoccupations pour la minceur. Au moment où les échos de la recherche sur les troubles alimentaires qui surviennent hors de l'Occident se font de plus en plus forts, on commence à accorder du poids au cas d'anorexie sans *fat phobia* rencontrés dans les pays occidentaux (Abbate-Dage *et al.*, 2007; Norvell et Cooley, 1986-1987; Ramacciotti *et al.*, 2002; Strober *et al.*, 1999, cités par Becker *et al.*, 2009), auparavant catégorisés comme « cas atypiques » et de ce fait délégitimisés et comptés au nombre des anomalies. De même, on attribue de moins en moins l'absence de préoccupation pour la minceur au déni de la maladie ou à la mauvaise volonté des patientes (comme le font Bruch et Selvini Palazzoli, voir chapitre V). Toutefois, les données sur la « non-fat-phobic anorexia nervosa » demeurent encore minces, de sorte qu'il est impossible d'en peindre un tableau complet et cohérent.

Les mutations du portrait épidémiologique de l'anorexie et de la boulimie invitent néanmoins à revisiter le modèle explicatif déployé pour rendre compte de leur dimension socioculturelle. Pour ce faire, deux hypothèses sont développées. À l'intérieur du modèle socioculturel, la première propose que les transformations

culturelles et la pénétration de l'injonction à la minceur dans les sociétés non-occidentales y provoque l'augmentation de l'incidence des troubles alimentaires (par exemple Nasser, 1988a, 1988b, 1997). Par là s'expriment un certain nombre d'inquiétudes quant à l'homogénéisation des cultures induite par la mondialisation et par l'internationalisation des médias de masse, entre autres la télévision :

« Pumariega (1987, 1997) has also proposed that acculturation to Western ideals of attractiveness and body size is an increasing phenomenon that has particularly powerful impact on developing adolescents, who are in the midst of establishing their psychological and cultural identity. Traditional cultures may have protective factors against the development of eating disorders, which may be rapidly eroded with exposure to Western-oriented values communicated through media and peer exposure » (Miller et Pumariega, 2001, p. 103).

Cette hypothèse est contestée d'abord parce qu'elle ne tient pas compte du rôle que pourraient jouer, dans les troubles du comportement alimentaire, les cultures locales et les diverses significations que peut y revêtir la minceur (Rieger *et al.*, 2001), ensuite parce qu'elle plaque un cadre d'analyse occidental sur un phénomène ancré dans un tout autre contexte culturel.

4.8 L'hypothèse de la transition culturelle

L'hypothèse concurrente postule que, dans les régions où la minceur ne revêt pas la même connotation que dans les pays occidentaux, l'apparition des troubles alimentaires soit plutôt causée par le processus de modernisation en lui-même – et non pas par son contenu – ainsi que par la rapidité à laquelle surviennent les transformations culturelles. On retrouve ici, à l'échelle d'une culture, les préoccupations exprimées dans les années 1980 quant à la vulnérabilité que pourrait causer la transformation des rôles féminins. Ce n'est pas ici que la transformation des rôles féminins qui est en cause, mais bien l'ensemble des mutations qui agitent la société :

« Anorexia nervosa may be a CBS for most cases in the West, and for others (the orphan cases among immigrants and in developing countries) a culture-*change* syndrome (CCS). Although the emergence of the illness is less likely in developing countries because of the necessary socio-cultural triggers, where socio-economic change is rapid and among Third World immigrants, increases in the incidence of anorexia nervosa can be expected » (DiNicola, 1990b, p. 272).

On voit ainsi poindre l'idée qu'il pourrait y avoir plus qu'une anorexie et que, dans des cultures variées, des pratiques semblables puissent être enracinées dans des motifs différents. Cette position est toutefois marginale et rarement mise en forme.

Le fait que l'on commence à attester la possibilité qu'il puisse exister des troubles alimentaires qui échapperaient au modèle socioculturel au moment même où l'on commence à recenser des cas hors de l'Occident est digne de mention. Le fait que l'on ne remette pas pour autant en cause le modèle socioculturel mais que l'on crée un tout autre modèle pour expliquer ce que l'on rattache à la même catégorie diagnostique laisse plutôt songeur quant à la relation que peut entretenir la psychiatrie ancrée dans les pays occidentaux avec l'expérience de la maladie mentale dans le reste du monde. Quelques enquêtes de terrain menées dans des pays où les troubles du comportement alimentaire semblent être en émergence échappent cependant à cette contradiction, dépassent les limites de l'interprétation du social par le modèle socioculturel et invitent à réfléchir à la complexité des liens qui unissent corps, alimentation et société.

Les travaux les plus importants en la matière sont sans aucun doute ceux menés par Anne Becker (2004). En 1998, trois ans après l'arrivée de la télévision aux Îles Fidji, elle a entrepris une enquête de terrain pour comprendre comment le contenu médiatique occidental (principalement américain) a pu contribuer à la transformation de l'image du corps et à l'apparition de troubles de l'alimentation chez les adolescentes de l'archipel. Aux Îles Fidji, l'arrivée de la télévision s'est opérée parallèlement à une transformation rapide du paysage social et au développement d'une économie de

marché. Dans ce contexte, les modèles proposés par les médias occidentaux semblent offrir aux jeunes femmes des repères pour s'orienter dans la nouvelle économie :

« On the most superficial and concrete level, television appeared to redefine local aesthetic ideals for bodily appearance and presentation. Television scenarios also appeared to stimulate desire to acquire elements of the lifestyles portrayed, including the body shape perceived to be best suited for obtaining a job. Subjects explicitly reported modeling behavior and appearance on television characters. Indeed, role modeling of television characters appeared to conflate moral virtues, success in job opportunities, and appearance. [...] For some of the subjects, the newly introduced pressures to reshape their bodies and compete for employment appear to have fostered disordered eating » (Becker, 2004, p. 540).

Becker note le développement d'un « ethos of body cultivation » (p. 541) qui s'inscrit dans un rapport somme toute instrumental à la minceur, laquelle devient une ressource pour se positionner dans une économie et une société en mutation.

Les personnages féminins qui peuplent les émissions américaines sont vus comme des modèles desquels s'inspirer pour cultiver les qualités nécessaires pour atteindre une situation sociale favorable. La minceur des personnages n'est qu'un trait valorisé parmi d'autres, qui a cependant un impact profond sur la relation qu'entretiennent les adolescentes à leur corps.

« In this sense, disordered eating among the Fijian schoolgirls in this study appears to be primarily an instrumental means of reshaping body and identity to enhance social and economic opportunities. From this perspective, it may be premature to comment on whether or not disordered eating behaviors share the same meaning as similar behaviors in other cultural contexts. It is also premature to say whether these behaviors correspond well to Western nosologic categories describing eating disorders. Regardless of any differences in psychological significance of the behaviors, however, physiologic risks will be the same. Quite possibly – and this remains to be studied in further detail – disordered eating may also be a symbolic embodiment of the anxiety and conflict the youth experience on the threshold of rapid social change in Fiji and during their personal and collective navigation through it » (p. 552).

Le travail de Becker, comme d'ailleurs celui de Pike et Borovoy (2004) sur les troubles du comportement alimentaire au Japon, publié dans le même numéro de la revue

Culture, Medicine and Psychiatry, invite à questionner l'idée autrement répandue que l'absorption aveugle des valeurs occidentales par les femmes des sociétés non-occidentales en transformation y soit la cause des troubles du comportement alimentaire. De ce fait, dans cette littérature, c'est aussi la représentation de l'individu qui se transforme :

The finding that thinness itself may be less of a central motivating factor than previously supposed allows us to see women as more complex and strategic social actors, rather than as passive absorbers of Western culture; it also clears the way for exploring the particular conflicts and tensions, which underlie the rise of anorexia and bulimia in any given culture and at any given moment in history » (Pike et Borovoy, 2004, p. 495).

On voit ici apparaître une tout autre image des femmes et des adolescentes qui souffrent d'anorexie ou de boulimie. On tient compte du contexte dans lequel elles évoluent et des différents enjeux – entre autres identitaires – qu'elles rencontrent dans l'ensemble des sphères de leur existence. Ici, les femmes touchées n'apparaissent plus seulement « agies » par le social, mais aptes à jongler avec ses normes : on voit alors s'effacer l'image somme toute réductrice d'adolescentes aliénées par un idéal corporel pathogène. On place l'anorexie au point de rencontre d'un ensemble de processus complexes qui médient la relation entre corps et société, invitant de ce fait les approches qui attribuent l'apparition de l'anorexie et de la boulimie dans et hors de l'Occident à l'injonction à la minceur à approfondir considérablement leur conceptualisation de l'individu et de sa relation au culturel et au social.

La réflexion entamée par un certain pan de la psychiatrie transculturelle se rapproche par quelques aspects de celle développée en regard du concept de *culture-bound syndrome*. Le développement de la recherche sur les troubles alimentaires hors de l'Occident ainsi que l'étude de l'anorexie et de la boulimie comme syndromes liés à la culture sont l'occasion d'examiner d'un autre oeil les traits des cultures dans lesquelles on les rencontre, de questionner les liens qu'entretiennent les troubles du

comportement alimentaire à ces sociétés, et de placer l'expérience singulière de la maladie au coeur de l'analyse. Par ailleurs, dans cette mouvance, on mène un examen critique de l'appareil diagnostique déployé pour isoler, définir et caractériser ces troubles. Cet appareil révèle rapidement son caractère fortement ethnocentrique, qui contraint *de facto* le nombre et le contenu possible des narrations du trouble.

Plus encore, ces travaux montrent que si la psychiatrie souhaite élucider la question des troubles du comportement alimentaire et de leur ancrage social et culturel, elle doit se pencher sur la dyade individu-société et les différents processus qui participent à la reproduction constante de leur relation. Elle doit également mettre en perspective la représentation de la normativité sur laquelle elle s'appuie pour identifier les traits du social qui peuvent propulser, chez un individu donné, le développement de l'anorexie ou de la boulimie. Plus qu'ailleurs peut-être, des voix s'y élèvent, qui urgent la psychiatrie à se pencher plus et mieux sur le social, non seulement pour mieux comprendre le problème, mais surtout pour mieux le prévenir et mieux le traiter.

À bien des égards, la question des motifs se révèle centrale à la manière dont on réfléchit la relation entre les troubles alimentaires, la société et la culture. Alors que les dimensions psychologiques et biologiques sont mobilisées pour montrer comment un individu devient susceptible d'entrer dans l'anorexie ou la boulimie, la société et la culture leur donnerait les raisons pour endosser les pratiques qui en forment le coeur. Autrement dit, si le psychologique et le biologique mènent l'individu au bord du précipice, la société et la culture – ici l'injonction à la minceur et les modèles dominants de beauté – les poussent à plonger. C'est à partir du moment où l'on identifie de cas sans *fat phobia* ou *drive for thinness* dans et hors de l'Occident que les chercheurs se voient forcés de regarder d'un autre oeil le modèle socioculturel.

C'est donc par le constat d'échec quant à la manière dont on comprend les motivations des femmes anorexiques et boulimiques que se transforme la saisie du problème. On s'intéresse alors aux forces normatives et aux possibilités narratives plus larges qui participent de l'expérience de l'individu comme de celle des troubles alimentaires. Du rapport assez simple de cause à effet établi par le modèle socioculturel, on passe à un portrait plus raffiné de la relation des femmes à leur corps et aux considérations esthétiques, lesquelles partagent désormais la scène avec les tensions constitutives de la modernité. De fait, pour tous ceux qui, pendant longtemps, se sont concentrés uniquement sur le rôle de l'injonction à la minceur dans les troubles alimentaires, c'est en quelque sorte un retour à la case départ : le social est à repenser.

CHAPITRE V

FAMILLES ANOREXIQUES ET BOULIMIQUES

Dans le chapitre précédent, j'ai traité de la manière dont le paradigme biomédical théorise l'anorexie et la boulimie comme des problèmes essentiellement individuels, enveloppés de culturel et de social. Ici, le regard portera plutôt sur les interactions qui entrent en jeu dans le développement psychologique du sujet et déterminent sa capacité ou son inaptitude à composer avec les inévitables difficultés de l'existence. Pour le dire rapidement, on postule ici que lorsque les ressources psychologiques lui manquent, un individu pris dans un style d'interactions familiales particulier pourra être tenté d'opter pour la solution alimentaire afin d'affronter des problèmes qu'il ne sait pas résoudre autrement.

J'étudierai deux grands courants. Je traiterai d'abord de la théorie des systèmes familiaux et de ses développements subséquents, puis rendrai compte de l'approche psychanalytique et psychodynamique développée en France. Pour expliquer le développement de l'anorexie ou de la boulimie chez une personne donnée, la théorie des systèmes familiaux cherche à identifier ce qui peut faire défaut dans les relations et dans la socialisation familiale. C'est dans la description des types de relations familiales qui peuvent mener au développement d'un trouble alimentaire que se dévoile la conception de l'individu et du social qui sous-tend cette approche.

Les écrits psychanalytiques placent également les relations familiales à la source du développement psychique de l'individu, mais ils abordent directement la question

social et de la manière dont il entre en jeu dans la formation du sujet. L'analyse des troubles alimentaires est ici l'occasion de formuler un diagnostic d'époque, qui prend essentiellement la forme d'une critique de la société de consommation et de l'affaiblissement des institutions qui y prend place. Dans ce chapitre, je ne m'intéresserai pas aux termes psychodynamiques par lesquels on rend compte du développement d'un trouble alimentaire, un propos somme toute cryptique qui dépasse l'objectif de cette thèse. Je me concentrerai plutôt sur la manière dont on articule le psychologique, le familial et le social dans une tentative d'expliquer comment la société, définie ici par ce dont elle manque bien plus que par ce qu'elle offre, contribue au bourgeonnement du germe pathogène déjà planté par la famille.

Dans le modèle socioculturel, on postule une relation de cause à effet directe entre l'injonction à la minceur et les troubles du comportement alimentaire. Dans la théorie des systèmes familiaux et dans l'approche psychanalytique, on considère plutôt l'anorexie et la boulimie comme le fruit de dynamiques inconscientes et le corps devient porteur d'un message que les principales intéressées ne parviennent pas à formuler ni pour elles-mêmes, ni pour les autres. En d'autres termes, les troubles de l'alimentation sont encore réputés être le point de rencontre d'un ensemble de motivations précises qui demeurent voilées aux divers protagonistes. Dans ce contexte, le travail du thérapeute consiste à les mettre au jour. Une fois mis en mots, les problèmes qui prennent forme dans l'anorexie et la boulimie – les difficultés de l'autonomisation ou une volonté d'indépendance, par exemple – peuvent être directement confrontés. Ils n'ont alors plus à être exprimés à travers la métaphore qu'est le corps souffrant ou amaigri produit par l'anorexie ou la boulimie.

5.1 Hilde Bruch : derrière la fiction de l'enfant modèle

La formulation la plus influente de l'hypothèse familiale est offerte par Hilde Bruch, psychiatre et psychanalyste très active dans les années 1960 et 1970. Pour elle l'anorexie n'est pas une fin, mais un moyen, à la fois l'expression d'une souffrance impossible à mettre en mots et une tentative de résolution d'un ensemble de problèmes sous-jacents. Pour Bruch, l'anorexique « abuse [...] de la fonction nutritive dans des efforts futiles pour régler d'autres problèmes existentiels » (1978, p. 357). L'auteure voit dans l'anorexie la mise en forme de dynamiques psychologiques délétères. Pour elle, les conflits antérieurs au trouble représentent le « vrai » problème à affronter et la guérison n'est complète que lorsqu'ils sont résolus. De ce point de vue, comme l'anorexie fait son nid dans un style d'interactions familiales particulier, pour la comprendre et la traiter, la clé se trouve dans l'identification des traits récurrents des familles touchées. C'est donc dans l'ambiance familiale, dans l'attitude et la personnalité du père et de la mère, dans la relation mère-enfant et dans les qualités particulière de la communication entre les membres du groupe que Bruch cherche des réponses.

L'histoire des anorexiques et de leurs familles que rapporte Bruch s'ouvre presque invariablement sur la description d'une enfant modèle, mature, polie et respectueuse. Elle a toujours fait la fierté de ses parents. L'anorexie représente un premier accroc dans une existence jusque-là exemplaire. Pour la première fois, la jeune fille ne sert plus l'harmonie mais dérange la vie familiale. La rupture que marque l'anorexie ne serait toutefois pas aussi nette que ne le laisse croire le récit des parents. Le passé idyllique qu'ils dépeignent aurait beaucoup plus à voir avec leur incapacité à percevoir les problèmes qui minaient depuis longtemps la vie familiale. Toutes ces années, la relation des parents à leur enfant maintenant malade aurait été marquée par le déni, lui-même en jeu dans la production de l'anorexie. Sans surprise, on retrouve chez Bruch

un portrait fort peu reluisant des parents d'anorexiques. La mère est dépeinte comme contrôlante, surprotectrice et frustrée. Le père, quant à lui, serait égocentrique et imbu de lui-même, émotionnellement indisponible et très attaché aux apparences :

Les mères avaient souvent exercé une profession et elles avaient l'impression d'avoir sacrifié leurs aspirations au bien de la famille. En dépit d'une intelligence et d'une éducation supérieures, elles avaient pratiquement toutes abandonné leur profession quand elles s'étaient mariées. Très récemment, plusieurs mères ont exprimé leur regret d'avoir agi ainsi, et maintenant, à 40 ans ou un peu plus, elles se sont mises à étudier pour se préparer à un travail indépendant. Elles sont soumises à leurs maris sur de nombreux points de détail, et pourtant elles n'ont pas pour eux de véritable respect. Les pères, en dépit de leur réussite sociale et financière, souvent considérable, se sentent en un sens en position de « second ». Ils sont très soucieux de l'apparence physique, admirent la vigueur et la beauté, et attendent de leurs enfants qu'ils se comportent comme il convient et qu'ils atteignent une réussite tangible. Cette description s'applique probablement à beaucoup de familles de la moyenne bourgeoisie soucieuses de réussir, mais il semble que ces traits soient plus accentués chez les familles d'anorexiques. En dépit de l'insistance qu'elles mettent à parler de leur normalité et de leur bonheur, on peut facilement détecter une tension sous-jacente (1979a, pp. 39-40).

Coincée entre les frustrations de sa mère et les préoccupations narcissiques de son père, l'anorexique aura servi, toute sa vie durant, à combler les besoins émotionnels de ses parents au détriment des siens. Elle serait de ce fait victime de « l'atmosphère égocentrique du foyer, le père utilisant l'enfant pour exalter son orgueil, et la mère son rigorisme » (1978, p. 105). La jeune fille joue en ce sens un rôle instrumental dans la vie familiale. Parce que ses parents, absorbés par leurs propres problèmes et leurs propres désirs, échouent dès son plus jeune âge à reconnaître et combler adéquatement ses besoins, elle apprend rapidement à se méfier de ses émotions et de ses sensations. Si elle les met en mots, elle risque d'entraver le fonctionnement du groupe familial, en contrevenant aux règles tacites instaurées par les parents. Comme le formule Bruch,

l'enfant ne *doit* pas être malheureux, la chose est inconcevable, car elle entamerait la conviction qu'ont les parents de leur propre supériorité. On comprend dès lors que l'enfant soit amené à douter de la légitimité de ses sensations et de ses sentiments (1978, p. 81).

Cette dynamique mortifère s'installe alors que l'anorexique en devenir est encore au berceau. Dès les premiers instants de son existence, les réponses apportées aux signaux lancés par l'enfant contribuent à donner forme à la relation qu'il développera avec son corps et son environnement. Dans le lien particulier qui, par l'allaitement, unit la mère au nourrisson, une première forme de communication non verbale et présymbolique s'établit. Déjà, la mère peut l'utiliser pour combler ses propres besoins, le nourrir lorsque elle-même a faim, le coucher lorsqu'elle se sent fatiguée, ou le cajoler lorsqu'elle se sent seule. Ce faisant s'établit une première distorsion dans l'interprétation des différents signaux corporels. L'enfant pré-anorexique n'apprend pas à discriminer adéquatement entre les diverses sensations dont elle fait l'expérience comme la faim, la satiété, le froid ou la fatigue. La combinaison de cet ensemble de facteurs entraîne chez elle le développement d'une relation somme toute tordue à la réalité, marquée par cette incapacité à reconnaître et à répondre adéquatement aux diverses sensations corporelles dont elle fait l'expérience :

Ce type d'interprétation et de réaction erronées s'étend à d'autres sensations physiques. Ce qui m'a frappé, par exemple, c'est, en dépit de leur maigreur, l'indifférence de ces jeunes filles aux changements de température. Il leur arrive de venir au bureau sans manteau ni bas, au milieu de l'hiver; elles ont froid, leur peau est toute bleue, mais elles n'ont pas la sensation d'avoir froid (1978, p. 298).

Ces premières distorsions dans l'interprétation des signaux corporels se prolongent rapidement dans la communication verbale, et les difficultés rencontrées dans l'univers sensuel trouvent leur équivalent dans l'univers symbolique. Non seulement l'enfant n'apprend pas à exprimer adéquatement ses besoins et ses sensations, mais elle en fait fi pour se mettre au service de ses parents. Elle tâche de combler leurs besoins pendant que les siens lui demeurent étrangers. Cette dynamique dépasse alors le corps et les sensations pour aussi s'étendre aux émotions. Elle est aliénée d'elle-même parce qu'elle a appris à n'exister que pour les autres.

Une fois l'adolescence arrivée, souffrant d'un retard général dans le développement psychologique dit normal, la jeune femme se retrouve toujours inféodée à ses parents et fort mal outillée pour entamer les processus d'individuation et de séparation que lui impose son âge. La tâche du thérapeute consiste donc, aux yeux de Bruch, à combler les carences laissées par l'éducation parentale, entre autres dans la manière dont l'anorexique perçoit et répond à ses besoins. Il s'agit également de l'accompagner dans sa quête d'autonomie et de lui apprendre à exister par et pour elle-même, et non pas pour les autres :

La tâche de la psychothérapie dans l'anorexie est d'aider la malade dans sa quête d'autonomie et d'identité autoridigée, en suscitant une prise de conscience des pulsions, des sentiments et des besoins qui sont en elle. Dans la thérapie, il importe d'être attentif à l'échec de la malade à s'exprimer, à la défectuosité des outils et des concepts qu'elle utilise dans l'organisation et l'expression de ses besoins, et à la confusion qui régit ses relations avec autrui. La thérapie constitue une tentative pour corriger les insuffisances et les distorsions conceptuelles, le sentiment profond d'insatisfaction et d'isolement, et la conviction qu'a la malade de son incompétence (1979a, p. 164).

Ce processus explique aussi l'aveuglement des parents et l'idéalisation de l'enfant pré-anorexique qui transpire de l'histoire qu'ils racontent. Si ceux-ci n'ont jamais perçu les problèmes larvés au cœur de leur foyer, c'est parce que la jeune femme n'a jamais appris à exprimer sa détresse, programmée depuis son plus jeune âge à servir et à protéger l'harmonie familiale.

En fait, la jeune femme n'est pas la seule qui travaille à préserver l'illusion du bonheur familial; tous participent au complot. Dans ces groupes, la communication est organisée autour de l'interdiction d'exprimer ses émotions, qui pourraient menacer un équilibre fragile. Il en résulte un style d'interactions que l'on pourrait qualifier de mécanique. Dans ce contexte, l'anorexie arrive comme un chien dans un jeu de quilles, parce que ses symptômes permettent à la jeune femme qui en souffre de contourner la censure :

En fait, la non-expression des sentiments, notamment des sentiments négatifs, est la règle générale jusqu'à ce que la maladie se déclare, et l'amabilité antérieure se transforme en un négativisme sans discernement. Beaucoup de malades conservent ce sentiment répressif après le début de la maladie, et résistent aux suggestions qui leur sont faites d'exprimer leurs sentiments ouvertement (1979a, p. 46).

Pour Bruch, la privation alimentaire et le contrôle du corps représentent une pseudo-solution à un problème que ces adolescentes n'ont pas les ressources internes d'affronter directement.

Malgré l'anorexie, la jeune fille et ses parents continuent à protéger l'alliance qui permet de maintenir la façade que la famille présente à elle-même et au monde. Dans ce contexte, l'individu n'existe que par le groupe et se trouve toujours soumis à ses besoins. Comme personne n'est autorisé à parler pour soi, chaque ne peut agir que comme porte-parole, ne pouvant parler qu'au nom d'un autre ou en celui du clan, ce que Bruch appelle la « confusion des pronoms » (1979a, p. 49). La communication revêt donc un caractère faux ou inauthentique qui fait obstacle au développement de l'indépendance et de l'autonomie chez l'enfant. La jeune fille n'a pas appris à tracer la frontière qui la sépare de ses parents. Les besoins de sa famille sont les siens. Elle se conforme docilement aux attentes et ne se reconnaît pas comme entité à part entière. Le problème au cœur de l'anorexie aurait en ce sens à voir avec l'impossibilité pour ces jeunes femmes de « se considérer comme des individus unifiés ou qui s'autodirigent, comme des êtres qui ont le droit de conduire leur propre vie » (1979a, p. 72).

Dépourvues d'une conscience de soi bien développée, elles arrivent à l'adolescence immature, dépourvues des compétences qui leur permettraient d'en affronter les défis avec succès :

Privé des moyens indispensables à une étape donnée de son développement, l'enfant est condamné à une perpétuelle angoisse devant un monde incompréhensible auquel il est

incapable de s'intégrer. On doit donc s'attendre à ce qu'il présente l'une ou l'autre des perturbations émotionnelles génératrices d'un grand nombre de psychoses (1978, p. 82).

Captives d'une famille enchevêtrée¹³, elles auraient tendance à se conformer d'une manière à la fois fausse et exagérée aux normes et aux attentes qui s'imposent à elles, preuve des lacunes et des carences de leur développement psychologiques, entre autres en ce qui a trait à l'indépendance et à l'autonomie. L'anorexie se présente comme une réponse aux conflits qui surgissent à l'adolescence et face auxquels les jeunes femmes se trouvent prises au dépourvu, ce qui mène Bruch à décrire le trouble comme une « quête désespérée d'une identité que le malade juge estimable » (1978, p. 293). L'anorexie serait une parade, une riposte, un moyen de s'extirper du groupe familial. Ce serait, pour ces jeunes femmes, la première expression de leur autonomie et une tentative de bâtir une identité qui leur serait propre et leur permettrait d'agir à titre d'individu légitime et indépendant.

Le travail de Bruch a pénétré comme aucun autre la conception populaire de l'anorexie, du compte-rendu médiatique jusqu'au regard que les anorexiques portent sur elles-mêmes. Certains des récits d'anorexie qui ont lieu dans les années 1970 correspondent par ailleurs en tout points au portrait dressé par Bruch. Le cas de Lori Gottlieb est, à cet égard, emblématique. Issue d'un milieu aisé, elle dépeint autour d'elle des femmes obsédées par leurs corps et par les régimes amaigrissants. Elle décrit un univers où le prestige des femmes dépend de leur apparence physique. Le contrôle du corps et de l'alimentation y sont affaire de statut social. C'est dans ce contexte que la jeune Lori fait ses premiers pas vers l'adolescence et entreprend d'explorer sa féminité. On retrouve dans le récit de Gottlieb tous les traits soulignés par Bruch : l'amertume de la

¹³ « Famille enchevêtrée » est la traduction, certes insatisfaisante, proposée par le Bureau de la traduction du gouvernement canadien pour le terme « *enmeshed family* ». Il correspond en partie à ce que l'on nomme, en langage courant, une « famille fusionnelle ». Le concept, que l'on retrouve déjà chez Bruch, est au coeur des travaux de Salvador Minuchin, dont je traiterai dans la prochaine section (<http://www.btb.termiumplus.gc.ca>).

mère, l'obsession du père pour les apparences, la soumission de la jeune fille aux besoins du groupe familial. Malheureuse, elle cherche à se libérer de l'emprise qu'on exerce sur elle. Tout au long de son récit, on la voit osciller entre le besoin d'exprimer sa différence – elle qui est toujours apparue comme le mouton noir de la famille – et celle de se conformer à ce qu'on attend d'elle. La chute de l'ouvrage, qui se ferme sur sa rémission complète, s'accorde parfaitement à l'analyse de Bruch : la jeune femme est enfin parvenue à se vivre par et pour elle-même. De la première à la dernière page, le récit représente un cas d'école quant à l'interprétation dominante des troubles alimentaires dans les années 1970. L'obsession pour la minceur y cache un ensemble dynamiques plus profondes qui entravent le développement de l'autonomie de la jeune femme et l'expression de son indépendance. Une fois remise, elle écrit : « Because I sort of feel different now. And maybe what's different is that I kind of think there's nothing wrong with being different in the first place. I mean, it's possible, isn't it ? » (Gottlieb, 2000, p. 233).

5.2 La théorie des systèmes familiaux

La théorie des systèmes familiaux, portée d'un côté par Mara Selvini Palazzoli, de l'autre par Salvador Minuchin et son équipe, a également connu son heure de gloire dans les années 1970, et l'anorexie a servi de porte-étendard aux partisans de cette approche. Les idées qu'on y développe ne s'éloignent que très peu de celles qu'on trouve chez Bruch. On y dresse le même portrait du style parental et de la vie familiale, de la relation tordue des anorexiques à leur corps et à la réalité, de l'intrication entre la relation nourricière et le mal qui rongera plus tard la jeune femme. La principale différence est que dans la théorie des systèmes familiaux, ces idées ont été mises en forme de telle manière qu'elles se prêtent bien à la recherche universitaire. De ce

fait, elles ont orienté l'essentiel des travaux réalisés en psychologie à partir des années 1980.

Minuchin *et al.* et Selvini Palazzoli pensent la famille comme un système qui obéit aux lois de la cybernétique. L'individu est compris comme un élément indissociable du système familial, qui devient donc l'unité d'analyse :

« The systems model postulates that certain types of family organization are closely related to the development and maintenance of psychosomatic syndromes in children, and that the child's psychosomatic symptoms in turn play an important role in maintaining the family homeostasis. Anorexia nervosa is defined not only by the behavior of one family member, but also by the interrelationship of all family members.

This model challenges our everyday experience. We all tend to experience ourselves as the unit of our lives. When psychiatry, therefore, deals with transactions among people as introjects in the individual's experience, it is merely validating the common reality. The systems model demands a quantum jump : acceptance that dependency and control, attraction and aggression, symbiosis and avoidance, are more than introjects. They are interpersonal interactions in the present. The psychological unit is not the individual. It is the individual in his significant social contexts » (Minuchin *et al.*, 1978, pp. 20-21).

Pour Minuchin *et al.*, les familles anorexiques se distinguent par quatre caractéristiques : elles sont enchevêtrées, surprotectrices, rigides et présentent d'importantes lacunes en matière de résolution des conflits. L'enchevêtrement, ou *enmeshment*, est le péché capital de la vie familiale. Il caractérise une famille où les frontières entre les sous-systèmes, ou entre les individus et le groupe, sont diffuses et ténues : « In all families, individual members are regulated by the family system. But in enmeshed families the individual gets lost in the system » (1978, p. 30). En conséquence, l'individu ne parvient jamais à établir une vision claire de lui-même et de sa position dans le système, et les rôles sont de part et d'autre mal assumés : l'enfant peut adopter ceux des parents ou chercher à résoudre les différends maritaux, alors que les parents peuvent échouer dans leur fonction d'autorité ou dans leur rôle d'époux ou d'épouse.

La surprotection réfère quant à elle au souci exagéré des uns pour le bien-être des autres membres du système, ce qui entrave le développement de l'autonomie chez l'enfant et peut encourager le maintien des symptômes anorexiques. La rigidité du système, que décrit également Selvini Palazzoli, renvoie plutôt à la forte résistance que le groupe oppose au changement de même qu'à sa propension à maintenir le *statu quo* envers et contre tous. Chaque transformation qui s'annonce est perçue comme une menace et l'entrée d'un enfant dans l'adolescence représente un danger pour la stabilité du système. Finalement, les lacunes dans la résolution des conflits désignent la tendance de ces familles à nier l'existence de désaccords ou à déployer un ensemble de stratégies qui permet d'éviter de les affronter directement, stratégies dans lesquelles l'enfant peut être entraîné à jouer un rôle instrumental : « it became apparent that the key factor supporting the particular symptom was the child's involvement in parental conflict. This factor, then, is the fifth characteristic of a psychosomatic family » (Minuchin *et al.*, 1978, p. 32).

Ces premières bases posées, Selvini Palazzoli et Minuchin *et al.* s'attardent à la place que l'enfant occupe dans le système familial, à la circularité des interactions et aux effets de rétroaction qui assurent la stabilité de l'ensemble. Leur attention se porte sur le style de communication propre à ces familles, lequel se distingue par les caractéristiques présentées plus haut. Pour Selvini Palazzoli, l'anorexie elle-même est un acte de communication qui permet à l'enfant de s'exprimer sans pour autant briser les règles qui régissent la vie familiale :

« On the one hand her symptoms represent an "invocation" of a change in the relationship but, on the other hand, that "invocation" is expressed in the elusive language of analogic communication. The illness is, in fact, an all-embracing message involving a series of contradictions » (1974, p. 249).

L'impossibilité de se faire entendre autrement impose à l'adolescente le recours à cette posture extrême. En effet, la communication dans ces familles est entravée par un

ensemble de dynamiques pathogènes qui interdisent de poser toute action qui puisse contrevenir aux intérêts du groupe. Il est donc impossible pour l'anorexique d'opposer sa volonté à celle de ses parents :

« If she attempts to engage in a real dialogue with her father, he will reject her out of fear, while her mother will reject her out of jealousy. If she gives in to her mother, she is taken over completely as if she were still a baby, and hence rejected as a person; at the same time the father will rebuff her because of her infantile behaviour. If she attacks either of the parents, the other immediately rejects her by rushing to his (or her) defence. If, finally, she attempts to abandon the unequal struggle and tries to stand on her own feet, she will, for the first time in her life, find herself opposed by a *united couple*, determined to reject her bid for independence. *In a system where every communication has so high a probability of being rejected, the rejection of food seems to be in full keeping with the interactional style of the family* » (1974, p. 216).

C'est dans cet esprit que Minuchin *et al.* (1978) attribuent aux familles anorexiques et psychosomatiques une tendance à nier l'existence des conflits, à intégrer l'enfant dans leur gestion ou encore à soit éviter, soit refuser le dialogue. Une large part du travail thérapeutique consiste donc, pour eux, à développer les compétences communicationnelles de tous les membres de la famille ainsi qu' à encourager une forme de communication claire, univoque, directe et, surtout, où chacun ne parle qu'en son nom. La confusion des pronoms évoquée par Bruch est ici aussi un enjeu.

« Accordingly, the therapist generally insists that all family members speak for themselves. He stops one family member from explaining how another thinks or feels, though he may encourage the first to ask the second how he feels. Two family members are not allowed to discuss a third member without that person's participation. Family members are discouraged from asking each other for data that they should know, or from verbally or nonverbally checking for approval » (Minuchin *et al.*, 1978, p. 98).

En encourageant les interactions directes, le thérapeute combat l'enchevêtrement, autorisant de ce fait la création d'un espace d'autonomie et d'indépendance pour chacun des membres du système familial : « The therapist therefore underlines the right of each individual, not only the anorectic child, to have and defend his own psychological space » (1978, p. 98). Son intervention permet non seulement d'apporter

une réponse aux problèmes derrière le développement de l'anorexie chez l'un des membres de la famille, mais aussi de contribuer au bien-être de tous les autres et d'améliorer le fonctionnement du groupe.

L'ensemble des caractéristiques qu'attribuent Minuchin ou Selvini Palazzoli aux familles psychosomatiques, l'*enmeshment* en tête de file, sont autant de freins à l'accomplissement de la mission fondamentale du système, c'est-à-dire la formation d'un individu autonome. Si le développement psychologique d'un individu repose largement sur les relations qu'il entretient au sein de sa famille, celles-ci doivent également lui servir de tremplin lorsque, le temps venu, il lui faudra s'en détacher pour mener une existence indépendante :

« We nevertheless found it useful to postulate that every human being's sense of identity depends, in large measure, on the validation of self by a reference group. One of the most important reference groups is the family, or a family substitute. The family's validation is vital for all family members, but it is particularly important for children who are undergoing the fluid processes of identity formation. Two characteristics – autonomy and belonging – are vital in human identity. And it is within the family that children develop a sense of themselves as autonomous individuals, who belong to and can depend on a certain group. The way that the family functions, therefore, has enormous implications for individual development. Family transactional patterns form the matrix of psychological growth » (Minuchin *et al.*, 1978, p. 52).

En d'autres termes, une famille fonctionnelle fournit à l'individu les ressources nécessaires pour s'en détacher. Elle lui permet, petit à petit, de s'en éloigner, pour mener une existence qui prendra forme à la fois par et contre le groupe.

Le cadre d'analyse dessiné par Bruch, Selvini Palazzoli et Minuchin *et al.* infuse le compte-rendu narratif des anorexiques et de leurs familles. Dans la vaste majorité des cas, la réflexion sur l'anorexie et la boulimie repose largement sur un regard rétrospectif jeté sur la vie familiale, où le malheur de la jeune fille trouverait sa source. En ce sens, la théorie des systèmes familiaux rend compte de l'un des traits dominants

des récits d'anorexie et de boulimie : le trouble est celui de l'adolescente, mais toute la famille est mise à l'épreuve. Inévitablement, le témoignage que livrent les parents d'anorexiques et de boulimiques est marqué par une série de questionnements sur leur responsabilité : qu'auraient-ils pu faire mieux ou autrement pour éviter que leur fille ne s'enfonce dans les pratiques anorexiques et boulimiques ? Quel rôle ont-ils joué dans la formation du fardeau qu'ils voient leur enfant porter ? La théorie des systèmes familiaux, comme l'approche développée par Bruch, se saisit directement de ces questions et leur apporte une réponse claire. La concordance entre ces idées et les préoccupations de ces parents explique peut-être la pénétration marquée de ces théories dans l'imagination populaire. Aux questions que peuvent se poser les parents d'anorexiques et de boulimiques quant à la manière dont ils ont pu causer autant de souffrance à leur enfant, ces auteurs répondent en plusieurs centaines de pages.

5.3 Des observations cliniques aux enquêtes scientifiques

Dans l'analyse proposée par Bruch, Selvini Palazzoli et Minuchin *et al.*, on reconnaît rapidement le prolongement de ce que Durkheim nommait la famille conjugale, où « [c]hacun des membres qui la composent a son individualité, sa sphère d'action propre » (1892, p. 5), ou de ce que la sociologie a plus tard nommé la famille traditionnelle, « c'est-à-dire le couple marié avec des enfants élevés par l'épouse inactive » (Déchaux, 2007, p. 6). Ce modèle familial est marqué par trois constantes qui étaient, jusqu'aux années 1980, peu remises en question, c'est-à-dire que 1) le mariage des parents est fondé sur l'amour, 2) les tâches des deux membres du couple sont clairement séparées (le mari investissant la sphère publique et la femme, la sphère privée) et 3) la mère est exclusivement responsable de la santé et de l'éducation des enfants (de Singly, 1993). Ceci explique pourquoi, dans les travaux présentés ici, le

regard se tourne d'abord vers le rôle et l'attitude de la mère, le père étant réputé n'être qu'une présence accessoire dans la vie des enfants.

Le portrait des mères de jeunes anorexiques dressé Bruch, Selvini Palazzoli et Minuchin *et al.* trahit néanmoins les transformations de la vie familiale en cours dans les années 1970. Si ces mères ne remplissent pas leur rôle adéquatement, si elles sont contrôlantes et rigides, c'est parce qu'elles n'ont pas pu accéder au marché du travail que les femmes ont, à cette époque, entrepris d'investir massivement. Exclues des transformations engendrées par le mouvement féministe et remplies d'amertume, elles rejettent consciemment ou non leur colère sur leurs filles. Ne pouvant pas contrôler leur propre existence, elles contrôlent celle de leurs enfants.

Le contexte évolue toutefois et, comme nous le verrons dans les pages qui suivent, l'analyse familiale des troubles alimentaires se transforme à partir des années 1980. Elle s'assouplit au rythme de la multiplication et de la plasticité grandissantes des modèles familiaux. Les enquêtes ne se centrent plus sur la relation mère-enfant, mais sur le climat familial. Les mères y occupent toujours plus d'espace que les pères, mais elles ne portent plus seules le poids de la maladie de la jeune fille. De la représentation verticale, hiérarchique des relations familiales qui infuse la théorie des systèmes familiaux, on passe progressivement à une représentation horizontale, où chacun prend part égale aux interactions du groupe.

Par ailleurs, s'il y occupe un rôle secondaire, voire accessoire, l'environnement social et culturel dans lequel surgit l'anorexie n'est pas complètement absent de ces travaux. On mentionne naturellement l'obsession pour la minceur des sociétés contemporaines qui pourrait, selon Bruch (1979a), expliquer l'augmentation alléguée du nombre de cas dans les familles aisées. Cependant, si Selvini Palazzoli postule que « the sole motive for their strange behavior is a *desperate need to grow thinner* » (1974, p. 23),

lorsqu'elle traite du social, elle met plutôt l'emphase sur la somme des rôles contradictoires que les femmes doivent désormais occuper, qui pourraient aggraver les conflits psychologiques déjà en place. Bruch atteste également du caractère pathogène de ces exigences nouvelles qui, par leur caractère irréaliste, seraient susceptibles d'intensifier la souffrance déjà aigüe de ses patientes :

Beaucoup de mes malades ont exprimé le sentiment qu'elles étaient accablées par le très grand nombre d'occasions potentielles qui s'offraient à elles, et auxquelles elles « devraient » répondre, qu'il y avait trop de possibilités de choix et qu'elles avaient eu peur de ne pas choisir correctement (1979a, p. 7).

Les tensions qui s'expriment par le corps seraient d'origine psychologique, mais elles seraient aussi potentiellement exacerbées par le social.

À partir des années 1980, la recherche sur les systèmes familiaux se déplace de la clinique au laboratoire. Les catégories étudiées sont pour la plupart les mêmes que chez Bruch, Selvini Palazzoli et Minuchin *et al.*, mais la manière dont on les approche se transforme. On s'intéresse toujours à la cohésion familiale, à l'expression des sentiments, à la capacité de résoudre les conflits et aux diverses dimensions du contrôle individuel et familial (Bailey, 1991, à partir de Johnson et Pure, 1986; Root *et al.*, 1986), mais l'analyse s'appuie essentiellement sur des données quantitatives et sur des enquêtes menées selon des méthodes scientifiques reconnues. On évalue les caractéristiques des familles anorexiques et boulimiques à partir d'échelles comme la *Family Environment Scale* (FES, Moos et Moos, 1981), le *Parental Bonding Instrument* (Parker *et al.*, 1979), ou la *Family Assessment Device* (Epstein *et al.*, 1983). De loin la plus utilisée, la *Family Environment Scale* comprend 90 items et vise à évaluer, dans le milieu familial, l'importance des catégories mentionnées plus haut, mais également de l'indépendance, de l'orientation vers le succès (*achievement orientation*) et de l'emphase morale et religieuse (*moral-religious emphasis*), entre autres exemples.

Les résultats obtenus par les familles d'anorexiques ou de boulimiques à l'un ou l'autre test pourront, par la suite, être comparés entre eux ou à ceux obtenus par un échantillon de familles dites normales. D'une part, on cherche à savoir s'il existe un ensemble de problèmes propres aux familles avec un enfant souffrant d'un trouble alimentaire, en abordant directement ou non la question de l'étiologie. D'autre part, on vise à identifier les différences dans les relations familiales pouvant prédire le « choix » du trouble alimentaire, entre l'anorexie et la boulimie. Peu importe l'approche adoptée, la question centrale demeure toujours la même : qu'est-ce qui, dans ces familles, pose problème ? Chez les auteurs qui ont recours à la *Family Environment Scale*, on s'entend généralement sur le fait que le fonctionnement de la famille est en cause autant dans l'anorexie que dans la boulimie (Bailey, 1991; Crowther *et al.*, 2002; Laliberté *et al.*, 1999; Stern *et al.*, 1989). Une enquête conclut par exemple que la fréquence des épisodes boulimiques augmente quand les jeunes femmes entretiennent une perception négative de l'aptitude de leur famille à résoudre les conflits (Waller, 1994).

D'autres, à l'inverse, affirmeront plus tard que les résultats qu'ils ont obtenus « do not support the notion that conflict avoidance characterizes the interaction of "anorexic families" » (Lattimore *et al.*, 2000, p. 355), et noteront l'absence de relation « among problem-solving, communication, roles, affective involvement, or behavior control with any of the risk factors for eating disorders » (Lyke et Matsen, 2013, p. 497). Un consensus existe toutefois quant au fait que les familles où l'un des membres souffre d'un trouble alimentaire présentent un style de communication négatif, hostile ou agressif (Bailey, 1991; Lattimore *et al.*, 2000; Shugar et Krueger, 1995), et que l'expression des émotions y est généralement découragée (Bailey, 1991; Blouin *et al.*, 1990; Stern *et al.*, 1989). Certains ont également suggéré que ces familles présentent des difficultés particulières dans la définition des frontières entre les membres (*enmeshment, boundary problems, problematic parental bonding*) (Leung *et al.*, 2000; Rowa *et al.*, 2001) et entravent le processus d'individuation (Smolak et Levine, 1993).

Finalement, plusieurs avancent qu'une forte pression pour le contrôle du poids, la minceur ou le succès au sein de la famille est l'un des facteurs permettant de prédire le développement de la boulimie (Crowther *et al.*, 2002; Laliberté *et al.*, 1999).

La validité des résultats des enquêtes à visée explicitement étiologique est toutefois minée par trois défauts majeurs. D'abord, bon nombre des études ne comparent pas leurs résultats à ceux d'un groupe contrôle (critique avancée par Downs et Blow, 2013; Kog et Vandereycken, 1985) et échouent de ce fait à démontrer l'existence d'une différence entre les familles d'anorexiques et de boulimiques et les familles dites normales. Ensuite, les méthodes déployées ne permettent pas de dégager une relation causale entre les dimensions étudiées et le développement d'un trouble alimentaire, n'autorisant qu'à établir des corrélations. Plus encore, comme toutes les enquêtes ont été réalisées auprès de familles où l'un des membres souffre déjà d'anorexie ou de boulimie, il est impossible de savoir si les difficultés relevées ont précédé le trouble ou s'il a lui-même entraîné ces tensions, ce qui plombe considérablement la réflexion étiologique : « We cannot exclude the possibility, however, that these dysfunctional family behaviors may be at least in part a consequence rather than a cause of eating disorder » (Stern *et al.*, 1989, p. 30). D'autres écrivent : « The differences in mothers' and daughters' ratings of cohesion and adaptability may be due to the stress created by the identified patient's medical or psychological problems, which could influence the daughter perception » (Vidović *et al.*, 2005, p. 26; pour d'autres exemples, voir Humphrey, 1986a; Kent et Clopton, 1992; Latzer *et al.*, 2009). Afin de contourner ces difficultés, on a entrepris d'attaquer le problème autrement. On laisse tomber la recherche des causes des troubles alimentaires, pour plutôt tâcher de comprendre les dynamiques qui en participent.

5.4 Dynamiques familiales et avenues thérapeutiques

Dans cet esprit, certains auteurs cherchent à déterminer si la constellation des problèmes familiaux propres aux troubles alimentaires sont les mêmes dans l'anorexie et dans la boulimie, ou si chaque trouble serait plutôt le fruit de dynamiques différentes. Par exemple, Weinreich *et al.* (1985) s'intéressent au développement du « *self concept* » chez les anorexiques et les boulimiques. Leur hypothèse centrale est que les deux troubles sont effectivement liés à un problème identitaire, lequel se présenterait différemment selon le cas :

« This study demonstrates that there is a common constellation of identity characteristics in anorexia and bulimia nervosa. The most salient of these are devaluated self-image and conflicts in identification with maternal metaperspectives. Beyond this, it would appear that plummeting identity crises characterize anorexia nervosa, in which strongly diminishing self-evaluation is evident. On the other hand, sustained identity crises more often typify bulimia nervosa, in which self-evaluation is low from past to current self and there is some limited adaptation over conflicts in identification with metaperspectives of self » (Weinreich *et al.*, 1985, p. 301).

Une telle stratégie de recherche a deux conséquences. D'abord, si l'anorexie et la boulimie s'appuient sur des dynamiques identitaires, psychologiques et familiales différentes, la création d'une catégorie diagnostique spécifique pour la boulimie s'en trouve d'autant plus justifiée. Il faut se rappeler que le concept est, à cette époque, d'apparition relativement récente. Plus encore, si l'on parvient à démontrer que chaque trouble résulte d'une histoire familiale différente, l'hypothèse d'une relation causale entre dynamiques familiales et troubles alimentaires s'en trouve renforcée, et le cadre d'analyse duquel émane l'hypothèse gagne en légitimité.

Dans cet esprit, Humphrey cherche à tester une hypothèse psychanalytique qui veut que les boulimiques, ne trouvant pas de satisfaction affective dans leur famille, mobilisent la nourriture pour créer le sentiment d'être accueillies et comprises (1986b,

p. 395). À l'aide de la *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB, Benjamin, 1974), Humphrey compare le comportement d'un groupe d'anorexiques restrictives, d'un groupe d'« anorexiques-boulimiques » et d'un groupe de jeunes femmes boulimiques. La comparaison entre les trois groupes est autant un moyen de tester l'hypothèse psychanalytique que de valider plus largement le modèle : si celui-ci parvient à discriminer entre les différents types de troubles alimentaires, il gagne en crédibilité. L'objectif premier de l'enquête est néanmoins d'identifier les dynamiques propres à chacun des troubles :

« The SASB model's inclusion of both positive and negative aspects of interpersonal relations allowed us to examine both deficit and excesses in bulimic families. These families were both less nurturant and more rejecting, less understanding and more neglectful and so on. Furthermore, this dimension is what differentiated between the bulimics' and anorexics' perceived family relationships. Bulimics' relationships were both less nurturant and empathic and more hostile, whereas anorexics' were only more hostile than those of normal young women » (Humphrey, 1986b, p. 401, voir aussi Humphrey, 1988, 1989).

Différentes enquêtes qui explorent les difficultés familiales chez les anorexiques et les boulimiques suggèrent que les problèmes seraient plus importants chez les familles de jeunes femmes présentant des symptômes boulimiques que chez celles des anorexiques restrictives pures (entre autres Casper et Troiani, 2001; Vidović *et al.*, 2005). Comme on perçoit généralement l'anorexie comme étant une condition plus sévère que la boulimie, l'idée que les problèmes familiaux seraient plus graves chez les boulimiques est quelque peu contre-intuitive.

Cependant, plusieurs auteurs suggèrent que la perception favorable de l'environnement familial entretenue par les anorexiques n'est pas un reflet de la réalité, mais une expression parmi d'autres de leur trouble. C'est le retour du déni comme cause et symptôme de l'anorexie :

« The familial harmony and expressed satisfaction with family relationships among this group led these authors to speculate that the patients' and the parents' views were influenced by denial and a wish to avoid conflict. Our observation that restricting patients viewed their mothers' performance within the family as better than the mothers did would support this theory. It suggests that idealization, which involves denial, played a role in the patients' judgments » (Casper et Troiani, 2001, p. 341).

L'interprétation des données obtenues en laboratoire demeure à l'évidence subordonnée aux théories qui ont émergé des observations cliniques, théories qui se révèlent fortement liées au contexte social dans lequel elles ont été produites. Même après plus de vingt ans de recherche, les dynamiques réputées pathogènes, telles que l'*enmeshment* ou l'inaptitude à résoudre les conflits, demeurent les mêmes.

Dans ces enquêtes, l'acte alimentaire lui-même est saisi comme un acte de communication : il supporte entre autres le flux des émotions qui circulent entre mère et enfant. On postule que, comme pour les boulimiques, les anorexiques utilisent la nourriture pour régler des problèmes émotionnels qui trouvent leur source dans les vicissitudes des interactions familiales, ce qui leur évite de les confronter directement. Dans ce contexte, la transparence semble être la vertu cardinale de la communication familiale : ce qui est énoncé verbalement n'aura pas à être exprimé par le corps. De même, si ces travaux s'appuient sur des enquêtes scientifiques en règle, et non plus que sur des observations cliniques, on y trouve une vision du développement individuel pratiquement identique à celle encapsulée dans la théorie des systèmes familiaux et dans les travaux de Bruch. Le gage de la santé à la fois individuelle et familiale, c'est pour chacun des membres de savoir se positionner comme un individu autonome qui saura communiquer adéquatement ses désirs, ses émotions, ses besoins. Sans cette transparence, les tensions et les conflits qui gangrènent la vie familiale pourront entraver la rémission ou propulser le développement d'un trouble alimentaire, alors symptôme des dysfonctionnement de la vie familiale.

La communication est également au cœur d'un second ensemble de travaux à visée essentiellement thérapeutique, dans lesquels on cherche à comprendre comment les familles contribuent au maintien d'un trouble alimentaire pour, à terme, développer des stratégies d'intervention plus efficaces. Les catégories étudiées sont semblables à celles des enquêtes présentées plus tôt, et c'est surtout dans le design de la recherche que l'on voit une différence. Par exemple, en cherchant à mesurer et à qualifier les difficultés interpersonnelles que rencontrent les anorexiques, Carter *et al.* (2012, p. 170) ont pour objectif de déterminer si certains problèmes interpersonnels sont associés aux traits psychopathologiques de l'anorexie mentale et au succès thérapeutique. Dans un esprit semblable, Emanuelli *et al.* (2004, p. 4) écrivent :

« Therefore, communication may be a particularly relevant dimension for therapy with families of adolescents with anorexia nervosa. Such family therapy for adolescents with anorexia nervosa might pay particular attention to this mother/daughter disagreement, aiming to enhance the adolescent's feeling that her/his perceptions are validated as a first step to facilitate communication. It should be noted that this disagreement could be the result of having to mother a child who is very ill, although this does not account for the more normative pattern of father-daughter discrepancy ».

Si l'on tente de comprendre ce qui se joue dans les familles touchées par les troubles alimentaires, il ne s'agit plus de désigner un coupable. En identifiant les dynamiques propres à l'anorexie et à la boulimie, les auteurs espèrent plutôt mettre le doigt sur les facteurs familiaux susceptibles de supporter la rémission, qui s'appuiera ici sur une transformation nécessaire des interactions entre parents et enfants. Dans ce cadre, on ne soupçonne plus les familles qui rapportent une histoire positive d'être aveuglées par le déni. Si les parents n'en cessent pas pour autant de se reprocher de n'avoir pas agi avant qu'il ne soit trop tard, il leur devient possible de porter un regard positif sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans le processus de rémission. Ils ne sont plus accusés d'avoir poussé leur fille vers les troubles alimentaires, mais sont plutôt traités comme des interlocuteurs et des acteurs essentiels de la guérison de l'adolescente touchée.

5.5 L'effritement du modèle

Depuis quelques années, la théorie des systèmes familiaux et les divers modèles explicatifs qui en ont découlé montrent des signes d'essoufflement. On dénonce le ton accusateur de cette approche et on appelle à la prudence. En 2010, l'Academy for Eating Disorders (AED) publie, sous la plume de Le Grange *et al.*, une condamnation ferme de toute approche qui place les dysfonctionnements familiaux à la racine des troubles alimentaires :

« Thus, the AED stands firmly against any etiologic model of eating disorders in which family influences are seen as the primary cause of anorexia or bulimia nervosa, and condemns generalizing statements that imply families are to blame for their child's illness » (Le Grange *et al.*, 2010, p. 1).

Pour l'AED, le modèle de la famille « anorexigène » développé par Bruch, maintes fois repris et toujours en circulation, est à classer avec les approches qui attribuent à la mère ou à la famille « pathogène » le développement de la schizophrénie ou de l'autisme chez l'enfant, théories aujourd'hui tombées en disgrâce. Le Grange *et al.* désavouent de même plus de trente ans de recherche, notant que « Developmentally informed research on family risk factors in eating disorders remain sparse, and to date, data do not support the assertion that families are causal » (2010, p. 2).

L'AED n'est pas seule à rejeter le rôle de la famille dans l'étiologie des troubles alimentaires. Au terme d'une revue systématique de la littérature menée en 2014, Holtom-Viesel et Allan concluent qu'il n'est pas possible d'identifier une famille-type ou une « famille psychosomatique » qui provoquerait le développement de l'anorexie ou de la boulimie, « and the general picture indicated that these characteristics were variable across ED [eating disorders] families and between diagnostic groups » (2014, p. 40). Toutefois, compte tenu de la relation qui existe entre la perception des relations familiales et les chances de guérison, ils invitent les thérapeutes à développer une vision

d'ensemble de chaque famille dans laquelle ils interviennent, celle-ci pouvant influencer positivement le processus de rémission. Ils reprennent ce faisant la conclusion de Le Grange *et al.* (2010, pp. 3-4) :

« There appears to be no consistent structure or pattern of functioning in families with a member who suffers from an eating disorder; rather, eating disorders evolve (sic.) a multiplicity of family contexts. As the role of family life in a child's emotional and psychological well-being is uncontested, so too is the potential value of including families in the treatment of children and adolescents, and in identifying resources within the family that can hasten recovery ».

La perte de légitimité de l'analyse par la famille entraîne une transformation de la manière dont on réfléchit les motivations derrière les pratiques anorexiques et boulimiques, qui passent au second plan. Comme on refuse de rejeter la faute sur les dynamiques familiales pour plutôt se concentrer sur le rôle qu'elles ont à jouer dans la rémission, on laisse de côté l'image des troubles alimentaires comme « mise en corps » d'un message qui ne peut pas être livré autrement. De ce fait, la réflexion sur les possibilités de sortie des troubles alimentaires se détache de la question de l'intention et des motivations.

5.6 L'approche psychanalytique française

Comme sa contre-partie anglo-saxonne, l'approche française¹⁴ saisit les troubles alimentaires comme des problèmes essentiellement psychologiques, à comprendre à partir des dynamiques sociales et familiales qui déterminent l'organisation psychique du sujet. Si elle aborde directement la question du social, l'analyse qu'on y développe se fonde sur des catégories psychodynamiques et psychanalytiques. Comme dans la

¹⁴ En ce qu'elle n'est que francophone tant en regard de sa langue de publication que de ses références et que la majorité de ses auteurs ont été formés ou travaillent en France.

théorie des systèmes familiaux, on y considère les troubles alimentaires comme une « modalité d'expression d'une souffrance psychique » (Corcos, 2010, p. XV). Pour Jeammet (2010, p. 8),

Anorexie et boulimie sont l'exemple type de troubles à l'origine desquels s'entremêlent des facteurs individuels de vulnérabilité, des facteurs psychologiques sûrement, des facteurs biologiques peut-être, et des facteurs familiaux et culturels. Dans les deux cas, il s'agit d'une pathologie essentiellement psychologique, qui entraîne des conséquences somatiques graves, lesquelles agissent à leur tour sur l'état psychique des patientes, ce qui contribue à entretenir, voire à renforcer le trouble.

Si on les saisit comme des troubles multidimensionnels, on place en leur cœur un « défaut de ressources internes de sécurisation » de l'individu (Jeammet, 2006, p. 9), qui « a pour conséquence de le rendre plus dépendant des aléas de son lien avec l'environnement » (Corcos, 2011, p. 105). Autrement dit, l'individu se tourne vers les attentes de sa famille comme vers le social et ses normes pour trouver un point d'ancrage qui permettra combler les lacunes de son développement psychologique.

Le symptôme alimentaire, ancré dans les tares des relations familiales et les apories du social, est lu comme un acte de communication, un message, un jeu de symboles qu'il revient à la patiente, de concert avec son analyste ou son psychiatre, de décoder. Par exemple, Deleuze (et Parnet, 1996, p. 133) fait de l'anorexie un « régime de signes » à saveur politique. D'autres l'abordent comme un « phénomène complexe et communication à niveaux multiples » (Rey, 2009, p. 163), et on insiste sur la nécessité, pour le thérapeute, « d'en décoder – avec les patientes et leur famille – le sens et le destinataire » (Passelecq, 2006, quatrième de couverture). Plus précisément, pour Passelecq,

il faut admettre que ces symptômes dits alimentaires ont une tout autre valeur, et se rappeler qu'en psychanalyse, le symptôme (en tout cas dans la névrose) est premièrement un message adressé à un autre, aux parents bien souvent; le symptôme se situe dans une dynamique relationnelle. Deuxièmement, ces symptômes sont une image, une métaphore du

sujet, c'est-à-dire qu'au travers du symptôme c'est le sujet qui s'exprime, qui se dit (2006, p. 23).

Jeammet et Corcos inscrivent l'anorexie dans le registre des conduites addictives. En l'absence de défenses psychiques adéquates contre la panoplie infinie des difficultés ordinaires, le sujet se trouve face à « la nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner à des éléments perceptivo-moteurs de la réalité externe ou à une conviction interne » (Jeammet, 2006, p. 9). Faute de mieux, il se replie sur la nourriture, l'alcool, la drogue, l'automutilation ou l'alimentation pour répondre à des souffrances qu'il n'a pas la consistance interne d'affronter autrement. Comme Corcos, Jeammet fait des conduites addictives des pathologies de l'adolescence, dont l'expression contemporaine reflète les transformations de la vie sociale beaucoup plus que celles de l'organisation psychique en elle-même, ce qui revient à dire que la forme de ces pathologies – et non leurs fondements – est à comprendre à partir des traits saillants des sociétés contemporaines. Dans le cas qui nous préoccupe, il s'agit donc de savoir « de quoi l'anorexie “fait-elle symptôme” dans le monde actuel » (Vincent, 2000, p. 11), en ce que l'on tient pour acquis qu'à travers elle se cristallisent un certain nombre de ses dynamiques propres, ce qui en fait une maladie d'époque.

Depuis Freud, la psychanalyse mobilise les problèmes psychopathologiques pour interroger à la fois l'inconscient, le social et l'articulation entre les deux. Pour plusieurs auteurs (par exemple Meuret, 2006; Vincent, 2000), l'anorexie aurait remplacé l'hystérie comme révélateur des troubles d'une époque :

À l'instar de Freud qui, via l'hystérie, interrogeait son époque, et notamment son prétendu modèle de morale « sexuelle civilisée » à la fin du XIX^e / début XX^e siècle, l'anorexique interroge de nos jours la morale sexuelle civilisée du milieu et de la seconde moitié du XX^e siècle, ainsi que très vraisemblablement le début du III^e millénaire (Marinov, 2008, p. 131).

Marinov (2008) va plus loin et affirme que, comme l'hystérie du siècle dernier, l'anorexie représente le nouveau paradigme sur lequel se fondent les évolutions contemporaines de la psychanalyse. Corcos (2010, p. 3), quant à lui, associe la « décroissance des cas observés d'hystérie proportionnelle à la croissance des cas de maladies psychosomatiques » à « l'évolution sociale imprimant de nouveaux modèles identitaires ». Les troubles alimentaires occuperaient l'espace laissé libre par la disparition de l'hystérie.

D'autres font fi de ces distinctions fines pour décrire l'anorexie et la boulimie comme des conséquences directes des traits dominants des sociétés occidentales (entre autres Guillemot et Laxenaire, 1993; Vincent, 2000). Toutefois, au vu de la désinvolture avec laquelle on mobilise l'anorexie pour démontrer la pertinence d'une critique du social, Brusset (2008, pp. 59-60) invite à la prudence. Il pointe « avec quelle facilité elle est utilisée comme support de projection et miroir aux alouettes de la psychologie compréhensive » :

Elle illustre les paradoxes de la consommation-consumation, les contradictions du statut de la femme dans le monde contemporain, les conséquences de la différence de statut et de rôle des femmes par rapport aux générations précédentes : indépendance, activité, force, distinction, réussite sociale de la *working woman*, de la « femme libérée » opposée à la femme économiquement aliénée, dépendante de l'homme, sacrifiée à ses enfants, ou à la caricature de la mère comme la « mamma » italienne par exemple : la grève de la faim comme grève de la femme ?

Brusset refuse d'interpréter la culture par le psychopathologique et place la dimension sociale des troubles alimentaires dans une position secondaire par rapport à leur dimension psychologique. Pour lui, dans l'anorexie, le social entre en jeu par l'ouverture au monde et le processus d'autonomisation que suppose l'adolescence : « la problématique adolescente de l'élaboration d'un Idéal du moi personnel, et non plus dans la dépendance infantile aux parents, est le lieu d'articulation nécessaire de la dimension socioculturelle et de la dimension intrapsychique » (2008, p. 61). Pour ainsi

dire, les défis et l'incertitude propres à cet âge de la vie forcent l'individu à se tourner vers le social pour appuyer son développement psychique. C'est par là que se donnent à voir la société et la culture dans lequel il évolue, sans que ceux-ci ne soient une cause nécessaire aux troubles de l'alimentation:

Le regard de Brusset se pose également sur le fait alimentaire et les diverses formes et significations du jeûne. Comparant jeûne et anorexie, il note deux motifs communs à ces pratiques, à savoir le contrôle de soi et la purification, dans leur dimension à la fois hygiéniste et spirituelle, ainsi que dans le « déplacement du physique au moral » qu'elles supposent. Seulement, alors que le jeûne est une pratique sociale régie par un ensemble de normes, l'anorexie est une pratique individuelle, « un processus autocentré qui contraint le sujet » (Brusset, 2008, p. 63). Dans un autre registre, il voit dans la valorisation de la minceur un trait des sociétés contemporaines susceptible d'encourager « le choix initial de la conduite alimentaire comme mode d'expression des conflits et du désarroi », et note que le passage des pratiques de restriction alimentaire au comportement pathologique « est rendu plus ou moins facile par l'offre sociale et culturelle » (Brusset, 2008, p. 76). Sur ce point, il rejoint Philippe Jeammet (2010, p. 229), qui écrit :

il ne suffit pas de vouloir être mince pour devenir anorexique. Les troubles du comportement alimentaire supposent un stress interne important, une lutte permanente pour le contrôle de ses émotions. La pression pour la réussite sociale, le culte de la performance peuvent contribuer à générer, chez l'adolescente et sa famille, une pression considérable, sur laquelle vient se greffer l'angoisse de ne pas être à la hauteur et d'échouer.

Si les modèles esthétiques contemporains peuvent faciliter l'entrée dans l'anorexie ou la boulimie, ces dernières donnent plutôt forme à l'expression d'une détresse aux origines à la fois sociales et familiales.

En regard de l'alimentation, on trouve également, entre autres chez Brusset ainsi que chez Guillemot et Laxenaire (1993), des développements subséquents à l'hypothèse de la « gastro-anomie » telle que forgée par Fischler (1979, 1990). Fischler dénonce l'effritement des structures qui organisaient jadis le quotidien alimentaire, aujourd'hui remplacées par des normes et des modèles si variés que l'individu, aux prises avec une panoplie d'injonctions contradictoires, ne sait plus s'y retrouver. Il évolue dans un trop-plein de normes et se retrouve par conséquent plongé dans l'anomie. La dérégulation de l'alimentation est par ailleurs une inquiétude bien présente dans la sociologie française (par exemple Aimez, 1979; Ariès, 1997; Aron, 1997; Poulain, 2002), une déclinaison parmi d'autres du thème dominant de l'effritement de la norme et de l'affaiblissement des institutions. Dans la psychanalyse, ces mêmes idées s'organisent plutôt autour du thème du déclin de la fonction paternelle dans les sociétés de consommation.

5.7 Sociétés de consommation et déclin de la fonction paternelle

Sociétés de consommation et déclin de la fonction paternelle sont les deux grands thèmes de l'analyse psychanalytique de la dimension sociale de l'anorexie et de la boulimie, que l'on articule par la suite au développement psychique de l'individu et aux carences qui pourront le mener à l'adoption de conduites addictives. C'est par ce mécanisme qu'un problème psychopathologique en vient à servir de base à un diagnostic d'époque; le social sert l'analyse de l'anorexie autant que l'anorexie sert l'analyse du social. Par exemple, Cacciali et Jean (2009, p. 2) avancent :

Référée souvent à la circulation sans limite de l'objet marchand des sociétés de consommation, sa prévalence accrue ne nous oblige-t-elle pas, la délivrant en quelque sorte du carcan dans lequel, peu ou prou, Charles Lasègue avec sa description princeps nous a maintenus, à interroger une structure spécifique que les conditions propres à notre modernité révèlent ?

Dans certains écrits, le thème de l'aliénation comme fondement de la critique du capitalisme, qui tend ailleurs à s'évaporer, s'imprime en filigrane du discours sur le social. Par exemple, Marinov reprend les analyses proposées par Baudrillard dans les années 1970 et propose « l'idée d'une fétichisation et d'une sacralisation du corps humain qui, dans la société moderne, semble avoir remplacé le "culte" de l'âme » (2008, p. 135). Dans un même registre, pour Belot-Fourcade (2009, p. 15), « l'objet gagne sur l'être » :

La société, il me semble, est en passe de changer radicalement son étalonnage : le cours du dollar et du pétrole semble prendre le pas sur un étalonnage phallique qui distribue places et valeurs. Cela déplie, il me semble, une figure de l'Autre à double face qui met en impasse les femmes dans la double dimension de l'identité, de l'être et de l'avoir, trop consistant et totalitaire dans l'imposition des jouissances, inconsistant à faire consister le symbolique et à leur octroyer une valence phallique [...].

En fait, la thèse de l'aliénation est indissociable d'un imaginaire de la crise, qui menacerait les éléments les plus fondamentaux de nos sociétés. Corcos évoque un « moment de crise socioculturelle » (2010, p. 16) et Marinov (2008, p. 138) décrit le XX^{ème} siècle comme « celui de tous les contrastes ». Thierry Vincent parle plutôt d'une « véritable *crise des fondements*, liée à la remise en cause de la *fonction paternelle* par suite du déclin et de la dissipation de son autorité » (2000, p. 16). Ce que l'on craint par-dessus tout, c'est l'affaiblissement des institutions qui permettent à l'individu d'assurer sa consistance, ce qui créerait un terreau fertile pour des troubles comme l'anorexie ou la boulimie.

Sociétés de consommation et déclin de la fonction paternelle sont deux concepts intimement liés qui servent de base à la critique du capitalisme et de la culture de masse. Comme l'écrit encore Vincent,

[l']augmentation de l'incidence de ces pathologies nous rappelle aussi qu'elles sont la conséquence d'un certain état du lien social et qu'elles ont partie liée avec une société qui

promeut un objet oral, séducteur, accessible sans délais, insatiable et qu'il est interdit d'interdire... (2000, p.137).

Le déclin de la fonction paternelle, c'est la disparition de l'autorité et de la limite. Dans ce cadre, la société de consommation vise et parvient à « mettre à disposition du plus grand nombre, de la façon la plus immédiate, le plus d'objets possibles » (Vincent, 2000, p. 76), dont la consommation ne trouvera pas d'entrave. On s'inquiète du fait que le tout économique puisse être parvenu à assoir sa domination et que, s'infiltrant dans la formation du social, il fasse obstacle à la formation de relations signifiantes : « la possession de l'objet est sans cesse privilégiée aux dépens de la construction de ses liens » (Vincent, 2000, p. 77). Autrement dit, on place au cœur de la crise l'accès jamais contraint aux objets, qui hypothèquerait la création du sujet. Devant ce foisonnement infini et le chaos qui en résulte, l'anorexique tenterait de créer de l'ordre et de tracer des limites, se trouvant « à la fois la victime d'un système et la combattante de celui-ci » (Vincent, 2000, p. 85). Corcos pose le problème de l'autorité et de la limite en ces termes :

Si le tiers différenciateur n'est ni l'école, ni la loi, ni la médecine... S'il n'y a aucun père limitant, alors se déploie la liberté de se nuire que s'offrent les patients addictifs. L'addiction n'est-elle pas la recherche paradoxale d'une limite par la contingence (mort ou renaissance dans une quête ordalique), pour permettre une ouverture dans un système fermé (2000, pp. 31-32) ?

Conséquence de l'absence de limites qui découlerait du déclin de la fonction paternelle, mais aussi du caractère stérile d'une culture marchande où le sens et les valeurs ont été remplacés par l'impératif de consommation, « le cadre social et éducatif n'est plus aussi contenant, organisateur, liant qu'auparavant » (Corcos, 2010, p. 320). Engagée dans une quête identitaire, la jeune femme qui ne trouve pas dans sa famille un modèle contre lequel se définir se tournerait vers un social informel, qui n'a que la vacuité à offrir et laisse le champ libre au pathologique, qui y trouve de quoi faire son nid.

Sur le plan psychologique, Corcos associe au déclin de la fonction paternelle qui plombe le culturel et le social une « défaillance du “maternel” » et un « vide identificatoire dû à la mauvaise “distillation”, corps à corps, du féminin de la mère à l’enfant » (2010, p. XXV). Passelecq (2006, p. 25) dit plutôt des sujets boulimiques qu’elles « n’ont jamais su intérioriser l’image de la mère absente, et leur conduite addictive par rapport à la nourriture représente un simulacre d’expérience primitive de satisfaction ». Au manque d’assises externes conséquentes du déclin de la fonction paternelle correspond ainsi un manque d’assises internes lié à la défaillance du maternel. Le père représente la culture et la mère, la nature. La figure du paternel gouverne l’établissement du rapport aux autres, tandis que le maternel est en jeu dans la formation du rapport à soi. En conséquence, dans une société où le paternel, la « Loi », fait défaut, et dans une famille où la mère de la jeune femme échoue dans « la transmission de l’élément féminin maternel » (Corcos, 2006, p. 53), la mollesse de la structure familiale s’associe aux déficits du social pour créer un environnement propice au développement de conduites addictives, au nombre desquelles on compte les troubles alimentaires.

Ainsi, lorsque l’adolescente ne trouve pas dans sa famille une autorité contre laquelle s’élever ou un modèle auquel s’identifier, elle cherche dans le social de quoi soutenir sa quête identitaire. Or, celui-ci n’a rien à lui offrir qui puisse être structurant. L’une des solutions disponibles est celle d’un engagement dans une marche « pseudo-anticonformiste » aux conséquences parfois mortifères :

Faute d’idéaux collectifs, voire d’idéaux dans leur histoire familiale, certains adolescents adhèrent à cette identité fabriquée par le socius et véhiculée par des signifiés idéologiques et à force de leur parler de crise, de maladies de l’adolescence, ils s’accrochent à ce qu’on leur dit qu’ils sont : anorexiques, toxicomanes... puisqu’un sens est introuvable car non incarné dans les idéaux collectifs ou intrafamiliaux (Corcos, 2010, p. 26).

Plus encore, à la désagrégation de l'édifice social et aux déficits de la structure familiale et de l'investissement parental s'additionne l'érosion des structures fondamentales des différents âges de la vie, surtout de l'adolescence : « les rituels qui rythmaient le cycle de vie et balisaient, en particulier, le passage de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence à l'âge adulte sont devenus quasiment inexistantes ou sont vidés de leur sens » (Rey, 2009, p. 165). La situation impose aux jeunes hommes et jeunes femmes un défi supplémentaire, alors même que ceux-ci disposent de moins en moins des outils nécessaires pour les affronter :

En effet, durant cette période de transformation, les besoins fondamentaux restent toujours les mêmes : besoin de sécurité affective et besoin d'être reconnu pour ce que l'on est. Mais l'affaiblissement des interdits, s'il facilite l'expression des compétences de l'individu, favorise aussi l'expression de ses vulnérabilités, ce qui est peut-être le prix à payer pour ce qui est, à bien des égards, une ouverture plus grande et plus de possibilités de se penser et de se vivre différemment des générations précédentes (Jeamment, 2010, p. 229).

En conséquence, adolescents et adolescentes se trouvent « dans une grande incertitude devant ce qui est attendu d'eux : l'élaboration d'un projet personnel de réalisation de soi » (Brusset, 2008, p. 77). De cette incertitude découle le recours à la solution alimentaire et corporelle comme réponse aux difficultés rencontrées.

Ici comme ailleurs, les troubles alimentaires sont lus comme un problème du maternel, mais également du féminin. La transformation des rôles féminins pose un ensemble de problème et affaiblit l'individu, ainsi que le veut ce motif récurrent de l'analyse des troubles alimentaires comme problème du social. Toutefois, chez plusieurs auteurs, ce sont surtout les mutations dans la définition à la fois sociale et symbolique de l'un et l'autre genre, une autre forme de déliquescence des structures en place, que l'on tient pour pathogène. Ainsi écrit Pascale Belot-Fourcade (2009, p. 15) :

L'investissement du féminin dans le champ politique réalise la montée sur la scène de l'intime de ce qui se déployait dans le privé au prix bien sûr d'une désubjectivation des rapports d'un sexe à l'autre, d'un sexe qui ne dépend plus de l'autre et le basculement dans

un imaginaire homosexuel, symétrique et égalitaire. Ces aspects de la modernité contribuent, il me semble, au développement de l'anorexie dans sa forme actuelle individualiste, comportementaliste, et plus addictive appelée à se radicaliser dans le totalitarisme a-subjectivant de la science. [...]

Cette dévalorisation de la place des femmes qui joignent nature et culture est une déphallicisation qui accompagne ou plutôt génère ces pathologies. La parité d'ailleurs, fruit d'une démocratie scientifique qui écrit qu'un sexe égale un sexe, nie en acte l'altérité (cela s'appelle du racisme!), cette parité les inscrit hommes et femmes équivalents mais spoliés de leur valence phallique.

On dénonce ici une égalité de droit mutée en égalité des sexes et l'on craint que la frontière entre hommes et femmes ne s'estompe progressivement, jusqu'à sa disparition complète. Or, l'identité de genre est « constitutive de notre subjectivité et de notre identité » (Vincent, 2000, p. 129). Avec la dissolution des genres, c'est un autre des points d'appui du travail identitaire qui s'effacerait, un point d'appui que, pour ces auteurs, l'anorexique interrogerait.

Si Vincent (comme Belot-Fourcade) pose la question de l'égalité ou de l'équivalence entre les sexes dans le cadre d'une réflexion sur l'anorexie, il situe le problème sur un plan beaucoup plus large et milite pour une définition tranchée des genres. Il reprend dans ce cadre une préoccupation que l'on retrouve au fondement même de la psychanalyse, qui porte en son cœur la question du phallus :

À cet égard, Freud avait une position très tranchée, qui lui fut beaucoup reprochée par les féministes, parce qu'il considérait qu'il n'existait qu'un sexe (le masculin) et que la question de la différence des sexes se posait de la façon suivante : en avoir un ou pas. Dans cette conception, la femme n'a pas autre chose (même si c'est le cas d'un point de vue anatomique), elle n'a pas.

Cette position est jugée, de nos jours, scandaleuse, inacceptable, en tout cas et farouchement pourchassée comme relevant d'une misogynie primaire et réactionnaire par ceux (et celles) qui combattent pour l'égalité des hommes et des femmes. Elle a cependant un mérite : celui d'introduire non pas une égalité/équivalence sexuelle des hommes et des femmes (encore une fois il n'existe qu'une égalité de droit), mais à une *altérité* des sexes. La femme n'est pas le complémentaire de l'homme, la femme n'est pas le semblable de l'homme, elle en est l'autre (2000, p. 153).

Pour Vincent, la tendance est aujourd'hui à l'effacement de la différence entre les sexes, à la montée des figures androgynes et aux pathologies qui y sont liées : l'anorexie bien sûr, mais aussi le transsexualisme. Il explique donc que l'anorexique ne refuse pas la sexualité en elle-même, un élément qui revient constamment dans les diverses analyses psychologiques de la question, mais rejette plutôt les marqueurs sexuels, qui s'effacent à mesure que progresse l'inanition. Le problème des troubles alimentaires aurait moins à voir avec l'injonction à la minceur qu'avec la féminité et ce que signifie être une femme dans le contexte actuel. La dissolution des dominations passées ayant entraîné celle des assises symboliques de la définition des genres, l'adolescente peut se perdre dans la confusion qui s'ensuit. La mutation des genres contribue donc à vider le social de la structure à partir de laquelle l'individu se construit. Le repli corporel offre un repère auquel s'accrocher alors que tous les autres sont disparus. Dans ce cadre, on avance que la femme, se libérant, se « confond de plus en plus avec son corps » (Marinov, 2008, p. 136). Les troubles alimentaires deviennent le versant sombre de l'indépendance, de l'ascension sociale et, éventuellement, du succès personnel et professionnel qui sont partie prenante des transformations des rôles féminins.

En résumé, dans leur dimension socioculturelle, les troubles alimentaires sont à la fois une manière de se plier aux attentes et de s'élever contre une ambiance délétère. Leur ressurgissement allégué a lieu dans une société au sein de laquelle on ne rencontre que peu d'appuis, de structures, de limites ou de repères, où il n'est plus possible, faute d'interdits et de tabous, de transgresser, et où même le genre, dilué dans l'égalité des sexes, n'offre plus d'étalon contre lequel se définir. Dans une tentative de se conformer mais de combattre aussi, les femmes boulimiques et, surtout, anorexiques, se replient sur une conduite addictive qui leur permet, faute de mieux, de s'ériger une identité de façade. Elles se soustraient ce faisant à un ordre sans structure où les objets circulent et sont consommés sans restriction. Ces troubles se situent en ce sens au point de

rencontre du familial et du social, et représentent une solution parmi d'autres pour parvenir à exister avec et malgré les carences de l'un et l'autre. Autrement dit, ils représenteraient une solution par défaut et une posture adoptée faute de mieux, par opposition à une lutte intentionnelle et assumée. Dans cette manière de rendre compte des troubles alimentaires, l'anorexie et la boulimie représentent d'abord et avant tout un moyen parmi d'autres d'exister malgré la vacuité symbolique des sociétés contemporaines.

La psychanalyse place derrière les troubles alimentaires un ensemble de motivations et de dynamiques inconscientes qui ne seraient accessibles qu'à la jeune femme concernée et à son thérapeute ou son psychanalyste. Ces dynamiques auraient donc un caractère abstrait et beaucoup plus à voir avec son histoire et les manquements de son développement psychique qu'avec l'environnement dans lequel elle a évolué. La complexité qu'on attribue au problème est proportionnelle à la simplicité avec laquelle le modèle socioculturel liait les troubles alimentaires aux standards de beauté et à l'injonction à la minceur. Alors que le paradigme biomédical cherche dans le social les motivations et dans le développement psychologique et l'histoire familiale les fondements des troubles alimentaires, la psychanalyse s'engage plutôt dans une démarche inverse. Ici, on explique le choix du symptôme à partir d'un ensemble de tensions sociales réputées donner forme à un « contenu » pathogène antérieur. C'est donc à partir de la forme du symptôme – et non pas de ses causes – que la psychanalyse assoit sa critique du social, alors que les motivations sur lesquelles s'appuie le trouble relèveraient de dynamiques inconscientes qui, si elles sont virtuellement inaccessibles, font néanmoins l'objet de recoupements et d'analyses plus larges.

Si l'étude des troubles alimentaires comme conséquences de l'injonction à la minceur a trouvé une forte résonance dans les médias, l'analyse par la famille et l'approche psychanalytique semblent avoir imprégné plus que les autres l'imaginaire des anorexiques, des boulimiques et de leur entourage. Il faut dire qu'elles répondent directement aux préoccupations immédiates des principaux acteurs impliqués. Toutefois, de plus en plus d'anorexiques, de boulimiques, et de mères de jeunes femmes atteintes de trouble alimentaires se tournent les médias pour raconter leur histoire, se réapproprient l'un et l'autre discours et, souvent, les désavouent.

Les mères racontent l'impuissance, la culpabilité, la souffrance et les sacrifices engendrés par l'anorexie ou la boulimie de leur fille : « Her presence in the house might have been the inspiration for Harry Potter's dementors; somehow, all the warmth and energy of everyone else seemed to be sucked out of us while she was around » (Blackmore, 2010). De leur côté, si certaines anorexiques dénoncent les effets néfastes des différentes branches de l'industrie de la minceur, nombre d'entre elles s'attaquent à l'idée que leur comportement n'est motivé que par la volonté de se conformer aux modèles de beauté : « It upsets me when people blame "the media" or "fashion" for eating disorders : thinness is undeniably glorified by society. But, like so many other sufferers I knew, I had no desire to be attractive. I wanted to disgust » (Owen, 2014). « I am a recovered anorexic, and although seeing pictures of Kate Moss on the catwalk has never helped my self-esteem, the fashion industry had no greater effect on my body confidence and eating patterns than the nuclear power one » (Buchanan, 2014).

D'autres s'insurgent plus généralement contre l'image caricaturale des troubles alimentaires et l'obsession pour leurs causes. Le problème, disent-elles, c'est que jamais on ne s'intéresse à l'expérience même de l'anorexie ou de la boulimie :

« Nobody ever asks me what it felt like. They never ask what it was like to spend three of my teenage years in secure psychiatric units for severe anorexia nervosa; how it felt to be

so undernourished I could hardly walk; how it feels now to be able to picture the doctors' and nurses' faces more clearly than I can those of my late grandparents; how it feels to have spent my formative years with young women who are now, in so many cases, dead; how this experience changed my personality for ever. No, no one asks that. Instead they ask why : "Why were you anorexic ? Why ?" » (Freeman, 2015).

Ces femmes disent pouvoir témoigner des obsessions alimentaires, du dégoût pour leur corps, du désespoir, de l'impuissance, des conséquences de leur trouble sur elles-mêmes et leur entourage, ou des sensations qui ont marqué leur quotidien pendant des mois et des années. Mais elles affirment aussi qu'elles seraient bien incapables de dire pourquoi elles se sont engagées dans ces pratiques. De ce fait, elles rejettent en bloc les discours de ceux qui prétendent savoir ce qu'elles veulent ou ce qu'elles visent.

L'analyse des troubles alimentaires par la famille trouve également son prolongement dans les premières interprétations féministes, qui forment à bien des égards une excroissance des travaux de Hilde Bruch. Là aussi se pose de manière marquée le problème de l'intention dans la mesure où, en abordant l'anorexie et la boulimie comme le fruit de rapports de pouvoir, entre autres patriarcal, on cherche à comprendre de quoi les femmes touchées sont victimes ou, à l'inverse, à quelle forme de pouvoir elles résistent. À certains égards, la stratégie d'analyse est donc la même que dans l'approche par la famille ou la psychanalyse. Toutefois, au lieu d'examiner directement les interactions des adolescentes avec leur environnement familial, le regard se tourne vers le social et les forces qui l'agissent, qui viennent en quelque sorte déterminer le contenu des interactions quotidiennes. Ce sont donc les tensions dominantes d'une société que l'on place alors aux sources des troubles alimentaires, qui deviennent une réponse à un certain état du lien social.

CHAPITRE VI

UNE SAISIE PAR LE SOCIAL

L'époque où l'anorexie a commencé à attirer l'attention de la communauté scientifique, dans les années 1970, est aussi celle de la montée des mouvements de libération des femmes en Occident. De fait, ce sont avant tout des thérapeutes et universitaires féministes qui ont à ce moment investi un champ d'études jusque-là laissé vacant, celui de l'analyse de l'anorexie mentale comme problème du social. Forte des rumeurs de l'augmentation fulgurante de l'incidence des troubles du comportement alimentaire, l'analyse féministe disposait à l'époque du momentum pour faire de l'anorexie un exemple canonique des travers des modèles de féminité. Depuis, les approches théoriques, conceptuelles, disciplinaires et méthodologiques se sont diversifiées, mais cette hypothèse traverse toujours les travaux sur l'anorexie mentale comme problème culturel et social.

Aujourd'hui encore, l'analyse féministe des troubles alimentaires comporte une forte dimension politique : il s'agit d'arracher l'anorexie et la boulimie des mains des psychologues et psychiatres pour en faire un phénomène à expliquer par les relations sociales, au premier chef par les rapports de domination patriarcale. On cherche à déplacer la réflexion : on fait une expression directe des normes sociales de ce qui est ailleurs compris comme une pathologie individuelle et un phénomène d'abord psychologique. En la matière, la psychologie sociale et le féminisme poststructuraliste, souvent réunis, dominant le champ de recherche depuis plus de trois décennies. L'idée que l'anorexie mentale soit la *conséquence* ou le *symptôme* d'un problème social

propre à notre époque – autrement dit, un problème *du* social – se retrouve en filigrane de l'ensemble de ces réflexions, plus encore lorsqu'entre en scène la question du contrôle (patriarcal) de la subjectivité et du corps féminins. Pour cette approche il s'agit, en somme, de lire sur les corps et dans les subjectivités anorexiques et boulimiques les indices d'une domination masculine qui se trouverait à la racine du problème.

6.1 Premières analyses féministes : l'aliénation

Dans les premiers écrits sur l'anorexie mentale comme problème social, entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, on cherche à établir une relation de cause à effet entre les rôles incompatibles que sont pressées de remplir les femmes, les contradictions et impossibilités inhérentes à ces rôles et le développement d'un « Soi » anorexique. En trame de fond se déploie la critique d'une double aliénation liée à la domination patriarcale et au consumérisme des cultures de masse. On voit réapparaître ici plusieurs thèmes déjà présents dans les saisies psychiatriques et psychanalytiques de la question. Pour montrer comment ces dominations s'impriment plus ou moins directement sur les corps anorexiques et, plus rarement, boulimiques, on cherche à identifier les éléments et processus qui participent à la production de l'anorexie, en insistant sur leurs fondements pathogènes. Ce faisant, on ne montre pas seulement que le Soi anorexique est le fruit de diverses tensions qui mènent les jeunes femmes concernées à accorder une importance démesurée à leur apparence physique et au regard que les autres – au premier chef les hommes – posent sur elles. On montre aussi que les exigences de la féminité sont impossibles à satisfaire, qu'on ne peut pas les respecter sans souffrir, mais qu'aucune femme ne peut leur échapper.

Prenant racine dans des sociétés fordistes en mutation, ces analyses cherchent à rendre compte des transformations en cours et des contradictions qu'elles entraînent. Ainsi, pendant que s'ouvrent les portes du marché du travail, la sphère domestique est encore un royaume exclusivement féminin. De même, la libération sexuelle a eu pour corollaire une radicalisation des standards esthétiques. À l'instar de Bruch et de Selvini Palazzoli, on explique que les ambitions déçues, comme les gains chèrement payés, engendrent une grande frustration chez les mères, encore principales responsables de l'éducation des enfants. Ces crispations se répercutent sur la jeune fille pré-anorexique qui, étouffée par le contrôle maternel, se trouve amputée de ses possibilités d'expression et d'individualisation. Incapable de se définir par elle-même en raison d'un Soi mal ou sous-développé, elle cherchera définition et validation dans le regard des autres. Il en résulte une adhésion exagérée aux normes sociales motivée par le désir de plaire, d'où l'obsession pour la minceur et le contrôle de l'alimentation. Les restrictions alimentaires permettraient à l'anorexique de se libérer de son carcan, de gagner un certain contrôle sur son existence, d'affirmer son indépendance par rapport à sa famille et de répondre aux critères esthétiques en vogue.

Marlene Boskind-Lodhal, qui a proposé la première analyse proprement féministe de l'anorexie, décrit cette dynamique telle que rencontrée chez l'une de ses patientes :

« Anne, for example, was a good, generally submissive child. She had lived her life the way "she was supposed to" – precisely her problem. She had been socialized by her parents to believe that society would reward her good looks : "Some day the boys are going to go crazy over you." "What a face! With your good looks you'll never have to worry about getting a job." Clinging and dependent, she could not see herself as a separate person. Our early sessions had an unreal quality. I searched for a glimpse of unique character, but Anne had no identifiable sense of self from which to project a real person. Her dependency on others prevented any development of self » (1976, p. 347).

Comme plus tard Orbach (1993) et MacSween (1993), Boskind-Lodhal comprend la fragilité pré-anorexique comme un défaut du Soi, qui n'aurait jamais rencontré les conditions nécessaires à son plein développement. Ici, cette incomplétude est

attribuable à deux grandes familles de causes. L'une est psychologique et inféodée à l'autre, sociale. Pour Orbach, l'impossibilité à développer une pleine conscience de soi serait causée par un défaut du maternel. L'anorexie est ici vue comme une tentative de supprimer tous les besoins, de l'appétit jusqu'aux besoins émotionnels. Plus précisément, Orbach, fortement influencée par la théorie des systèmes familiaux, explique que les transformations rapides des prescriptions autour de la manière d'élever ses enfants, de même que la relation problématique qu'entretiennent les mères à leurs propres besoins, leurs ambitions frustrées et leur insatisfaction en regard de la place qu'elles occupent dans le monde se répercutent sur la relation qu'elles entretiennent avec leurs enfants. Elles se trouveraient dans l'incapacité d'en combler les besoins physiques et psychologiques, qui seront plus tard vécus comme angoissants et essentiellement négatifs.

Chez Boskind-Lodahl, l'enfance de celles qu'elle appelle les « bulimarexics » est marquée du sceau d'une mère sans pouvoir mais contrôlante, et d'un père plus grand que nature, l'un et l'autre, à leur manière, imposant à leur enfant un conformisme étouffant. Ces enfants en viendraient donc à ne se définir que par les autres. Arrivées dans l'adolescence, ces jeunes femmes auraient une piètre estime d'elles-mêmes et chercheraient confirmation et validation dans le regard des hommes, répondant ainsi aux exigences propres à leur genre. Cependant, les défauts de leur socialisation les laisseraient bien mal équipées pour prendre part au jeu de la séduction. Au rejet qu'elles rencontrent inévitablement, elles répondraient par une préoccupation excessive quant à leur apparence, et ainsi s'enclencherait le cycle anorexie/boulimie (Boskind-Lodhal, 1976, p. 346).

Pour Orbach et Boskind-Lodhal mais aussi pour MacSween, cette dynamique psychologique propre à l'anorexie serait le résultat de l'environnement social dans

lequel évoluent les anorexiques et leurs mères, marqué par les exigences aliénantes de la féminité et par les inégalités entre les genres. Ainsi demande Boskind-Lodhal :

« Why is it that the bulimarexic gives men the power to reject her? Why does she give up her own power and make men larger than life? A reasonable answer, one more direct than that found in a theory of the innate psychology of women, lies in our heritage of sexual inequality. [...] It is my conviction that the mothers of these women became what they are for the same reasons that their daughters became bulimarexics. Most women are socialized to dependency to some degree » (1976, p. 354).

Pour ces trois auteures, les différentes définitions de la féminité postulent toutes que les femmes sont, par elles-mêmes, incomplètes et dépendantes. Les anorexiques combleraient ces faiblesses par une adhérence exagérée à l'idéal de minceur et par le contrôle de l'alimentation, qui leur permettrait de gagner du pouvoir sur leur corps et leur existence, pour ainsi résoudre les contradictions inhérentes aux modèles dominants de féminité.

Pour MacSween, une double injonction s'impose aux femmes : on leur demande d'une part d'entrer de plain-pied dans une individualité que l'on présente comme non-genrée, mais on leur impose d'autre part les limites propres aux modèles de féminité :

« [...] the formal gender-neutrality of the ideology of individualism suggests that women, as well as men, can be independant, active and pleasure-seeking. However, this is undercut for women by the ideology of femininity which creates women as dependant, passive and the sought rather than the seeker » (1993, p. 201).

La construction symbolique du masculin, du féminin et de l'individualité placerait les femmes face à un paradoxe, en ce que les caractéristiques propres à l'individualité sont aussi celles de la masculinité, qui leur est interdite. En conséquence, les femmes se trouveraient dans l'incapacité de se conformer à l'injonction à l'individualité et prises au coeur d'une contradiction insoluble. En d'autres mots, la situation est telle que les femmes, quand elles ont grandi en accord avec les exigences de leur genre, ne peuvent

pas se conformer au modèle qu'on leur impose pourtant, engendrant une première souffrance. Elles ne sont pas non plus aptes à développer une conscience de soi authentique qui leur permettrait, en bout de course, de reconnaître et de se libérer des relations de pouvoir qui s'abattent sur elles.

Les anorexiques sont ici construites comme *manquant* de quelque chose. Pour compenser l'absence d'un Soi pleinement développé, elles procéderaient à la création d'un « faux Soi » et d'un « faux corps », le corps anorexique. Le corps comme le Soi seraient vécus comme étrangers. Le corps émacié exprimerait à la fois le désir de se conformer aux exigences de la féminité, tant par la quête de minceur que par la suppression des besoins, mais aussi une protestation. D'un côté, les anorexiques montreraient une grande réceptivité aux messages sur l'esthétique du corps et la minceur, au contenu des magazines féminins qui présentent le régime amaigrissant entre autres comme réponse à la crise d'adolescence. Ce conformisme permettrait de les rassurer, de compenser les lacunes du Soi. Cependant, d'un autre côté, par la transformation corporelle radicale qu'elle opère, l'anorexique « has refused the confines of femininity. She has demanded the right to control her body and her life and has insisted on a cause of her own » (Orbach, 1993, p. 160). L'anorexie est aussi vue comme une tentative de briser le cercle de l'aliénation, une démarche de libération.

« The struggle between “male” rationality and “female” sensuality is played out in the single unit of the anorexic body through the radical splitting of appetite from the conscious control of the self. The anorexic woman then becomes the object of the appetite she set out to eliminate.

When the anorexic woman encounters the medical establishment her carefully created and maintained control is taken away from her and she, her body and her eating become the objects of “real” external forces in the final irony of anorexia » (MacSween, 1993, p. 244).

Chez MacSween comme chez Orbach, l'anorexie vise ultimement à résoudre, par l'action sur le corps, les contradictions du social et de la féminité. Elle est une libération condamnée à échouer, mais elle est une libération quand même.

Boskind-Lodhal et Orbach interprètent toutes deux l'anorexie comme un trouble dans le développement du Soi; MacSween la réfléchit plutôt à partir de l'individualité. Dans tous ces cas, l'interprétation se fonde sur l'idée qu'il peut exister une telle chose qu'un individu (ou un Soi) incomplet. Quand à savoir ce qu'est un individu complet, ou pleinement développé, la réponse est, chez Orbach et Boskind-Lodhal, floue. On comprend toutefois que pour Orbach, un Soi complet, que j'assimile ici à un individu achevé, implique l'aptitude à reconnaître pleinement ses besoins et ses désirs. Autrement dit, c'est un individu transparent à lui-même, qui ne dépend pas des autres pour se définir et qui agit uniquement en son nom propre et non pas pour ses pairs.

Cette manière de comprendre la féminité et l'individualité a aussi des conséquences quant à la compréhension de la normativité que proposent ces auteures. Parce que les femmes ne peuvent jamais se conformer pleinement aux exigences de l'individualité, elles se trouvent, ici encore, dans une position passive face aux normes sociales. Les hommes définiraient les normes pendant que les femmes les subiraient. Les normes s'abattent sur elles et forment un carcan duquel elles n'ont que peu de possibilités de se libérer. L'anorexie, pensée à la fois en continuité et en rupture avec la norme, devient à cet égard représentative de l'expérience de toutes les femmes. En conséquence, le trouble comme refus des normes et du modèle dominant de féminité est aussi un problème politique :

« [...] unlike her fellow hunger strikers, she may not be able to articulate the basis of her cause. The hunger strike may be her only form of protest.

To situate the act of not eating in the realm of the political is to shed a new light on both the activity and the plight of the anorectic woman. We begin to see anorexia as an attempt at empowering, and the food refusal as the action of one whose cause has been derogated, dismissed, or denied. There is no mere passing whim but the action of someone either desperate, fearless or both. To subject one's body to the rigours of starvation – to keep it fed only to the absolute minimum required to ensure survival – is an act of extraordinary desperation and courage » (Orbach, 1993, p. 83).

En regard du corps et de la subjectivité, la normativité est ici comprise comme un frein à l'émancipation bien plus que comme un impondérable de l'individualité. C'est par l'action sur le corps que les anorexiques chercheraient à redéfinir leur relation au social. Dans cet esprit, Corrington préfère voir l'anorexie « as a creative solution – in some cases, the only solution – to the need to take control of one's body out of the hands of society and to exert it oneself » (1986, p. 54). Elle affirme encore : « Like asceticism, anorexia is a form of control. It enables women to resist the prevailing values of societies which they do not control, while at the same time making them acceptable to those societies » (1986, p. 52). De même, pour MacSween. « In anorexia, eating and food become symbolic of all desires and their objects » (1993, p. 222). Comme chez Orbach et Boskind-Lodhal, le corps est pour l'anorexique un instrument, un moyen, un objet dont elle prend soin bien plus qu'elle ne le possède ou l'habite. Elle ne fait qu'une expérience partielle de son corps, limitée par les attentes de la société envers les femmes.

Le corps serait donc, dans l'anorexie comme dans ailleurs, un objet sur lequel agit l'esprit, ce à quoi répond le trouble :

« Women's bodily alienation and objectification, then, are transformed in anorexia with the construction of an absolute opposition between appetite and 'self'. Here the body is split in two : the desiring body, in which appetite is lodged; and the desireless body, which needs nothing and wants nothing » (MacSween, 1993, p. 194).

La hiérarchie corps/esprit, si elle y est critiquée, est reproduite dans ces analyses, où l'on cherche à déchiffrer le corps pour comprendre les significations de l'anorexie, laquelle devient alors un moyen de refuser les habits de la féminité. Le corps serait un média sur lequel il faut lire un message, celui d'une résistance à l'oppression dont les anorexiques, comme toutes les femmes d'ailleurs, sont victimes : « If the body protest statement could but be read – be it one of fatness or thinness – it would be seen to be one of the few ways that women can articulate their internal experience » (MacSween,

1993, p. xix). Le corps anorexique se trouve être la conséquence d'un système normatif qui entrave le développement du Soi par une définition réductrice de la féminité. Il est le véhicule d'un message qui ne peut être mis en mots et que l'analyste ou le thérapeute se doit d'interpréter. En ce sens, on retrouve ici une version féministe des analyses psychodynamiques de l'anorexie.

6.2 Anorexie et capitalisme

Pendant que se développait, au sein des études féministe, un dialogue autour des troubles du comportement alimentaire, une variété d'autres analyses a été proposée, qui cherchent à les expliquer non pas à partir des relations de genre, mais par les traits dominants de l'économie capitaliste, des sociétés occidentales contemporaines et des variables sociologiques classiques. Par exemple, s'appuyant sur l'idée que l'abondance de nourriture est une ressource nécessaire à l'anorexie, Fine analyse le trouble à partir de la tension, particulièrement forte dans les sociétés contemporaines, entre manger et ne pas manger. Il propose de comprendre l'anorexie à la lumière des transformations des systèmes alimentaires, sans toutefois l'y réduire :

« In other words, once it is recognised that anorexia is associated with the socially created pressures both to eat and to diet, then there are two issues to be addressed by political economy. First, how are those pressures linked to economic forces and developments? Second, how do these factors interact with one another and influence other determinants of the prevalence and incidence of the condition ? » (1995, p. 241)

Fine ne questionne pas l'expérience individuelle des troubles alimentaires, pas plus qu'il ne cherche à en dégager les significations. Il tente plutôt de comprendre la manière dont ils entrent en résonance avec lignes de force qui traversent les sociétés contemporaines.

Les enquêtes sociologiques et empiriques sont, dans les années 1990, inexistantes, et plusieurs auteurs semblent compter sur l'argument d'autorité pour attester de la validité de leurs propos. Ils font bien souvent un usage instrumental de l'anorexie, qu'ils mobilisent pour illustrer et appuyer leur analyse des sociétés occidentales et de la modernité. Par exemple Giddens dans *Modernity and Self-Identity*, invoque l'anorexie mais ne se fonde sur aucun travail d'enquête; tout au plus peut-on deviner qu'il a lu *Hunger Strike*, de Susie Orbach. Il décrit l'anorexie en quelques traits pour ensuite expliquer que :

« [...] anorexia, and its apparent opposite, compulsive overeating, should be understood as casualties of the need – and responsibility – of the individual to create and maintain a distinctive self-identity. They are extreme versions of the control of bodily regimes which has now become generic to the circumstances of day-to-day life » (Giddens, 1991, p. 105).

Il situe également l'anorexie au sein des « sociétés du risque », affirmant que « Anorexia represent a striving for security in a world of plural, but ambiguous, options. The tightly controlled body is an emblem of a safe existence in an open social environment » (1991, p. 107). Giddens fait de l'anorexie une incarnation somme toute logique et un pendant pathologique des formes contemporaines de l'individualité. Elle serait une conséquence directe de la modernité avancée. Dans un esprit semblable, Nixon s'intéresse au « problem of achievement and success » dans une culture individualiste. Pour lui, « The problematic nature of the pursuit of achievement and success in America helps explain identity and role adjustment problems serious enough to lead to obsession such as obligatory running and anorexia nervosa » (1989, p. 17). Ici, l'anorexie et les autres formes d'obsession corporelle seraient l'une des faces sombres du rêve américain et des exigences parfois démesurées qu'elles font peser sur l'individu.

L'argument au coeur de l'opuscule *Anorexie et désir mimétique* de René Girard (2008) s'appuie sur un ancrage empirique tout aussi mince que celui de Giddens et mobilise

des termes semblables à ceux utilisés par Nixon, sans toutefois proposer une compréhension proprement sociologique du lien social. Comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, Girard refuse, voire dénonce l'ensemble des formulations du problème jusqu'alors proposées, qui déploieraient une trop grande complexité pour résoudre un problème plutôt simpliste. D'une manière certainement anachronique au vu des développements importants du champ d'étude au moment de la parution de son ouvrage, en 2008, il traduit en termes scientifiques l'essence du discours médiatique sur les troubles alimentaires. Passée au filtre du désir mimétique, l'anorexie devient le fruit d'une compétition morbide entre jeunes femmes qui ne cherchent qu'à être plus minces, donc plus belles et plus performantes, que leurs consœurs. De ce point de vue, leurs comportements et leurs pratiques seraient portés par la vanité et témoigneraient d'un assujettissement complet aux exigences des sociétés capitalistes.

Chez l'ensemble de ces auteurs, le rapport au corps apparaît comme entièrement déterminé par le contexte social, depuis les tensions qui régissent le marché de l'alimentation aux incertitudes produites par la société du risque. Sauf peut-être chez Girard, jamais on ne parle ouvertement d'aliénation ou d'assujettissement. On note seulement que la relation de l'individu à lui-même est marquée à la fois par les impératifs de la vie dans les sociétés contemporaines et par l'incertitude qui entoure la panoplie de rôles proposés, la situation étant encore plus marquée pour les femmes que pour les hommes. D'un côté, un ensemble d'exigences très claires s'abattent sur l'individu : performance, autonomie, succès, minceur. De l'autre, il évolue dans un univers incertain, fluide, où la multiplicité des options offertes se double d'une certaine précarité identitaire. Il peine à trouver sa substance, ce à quoi l'anorexie vient répondre. On sort ici du paradigme de l'aliénation tel que déployé par les féministes, mais on retrouve cette même idée d'une hésitation quant à la manière d'être un individu (ou une femme) aujourd'hui. L'individu peine ici à trouver sa consistance, et les tensions qui agitent les sociétés contemporaines ne permettent guère de stabilité identitaire. Dans

ce contexte, l'action sur le corps représenterait un moyen de trouver une certaine sécurité dans un monde incertain, et l'anorexie permettrait de se forger une identité englobante, solide et sous contrôle.

Cette idée – celle de l'anorexie comme solution individuelle à un problème social, est aussi déployée par Bryan Turner (1990, 1996). Sociologue du corps d'inspiration marxiste, Turner est probablement le sociologue qui, dans les années 1990, a développé les arguments les plus élaborés à propos des troubles du comportement alimentaire. Cette fois encore, il ne fonde pas son analyse sur un travail empirique, mais plutôt sur les travaux de Hilde Bruch, les témoignages qu'elle relate et les interprétations qu'elle propose. Turner mobilise l'anorexie pour défendre la légitimité d'une sociologie du corps à une époque où l'objet est encore marginal dans la discipline : « I argue that anorexia nervosa perfectly illustrates the underlying philosophical bases of sociology (individual/society, nature/culture, mind/body) » (1996, p. 179), écrit-il. Il mène son argument sur deux fronts, scrutant à la fois l'environnement social et l'environnement familial, cherchant à comprendre comment l'un et l'autre déterminent à la fois le travail sur le corps et le travail avec le corps. Il argue ainsi que l'anorexie et la boulimie sont « two individualized forms of protest which employ the body as a medium of protest against the consumer-self » (Turner, 1996, p. 178). Il voit là deux phénomènes indissociables des contradictions qui définissent les formes contemporaines de la féminité.

À cet égard, il reprend les arguments féministes décrits plus haut ainsi que le thème de l'aliénation corporelle des femmes dans les sociétés capitalistes : « The problem of female forms is further reinforced by a commercial capitalist system which promotes commodities by reference to a body aesthetic » (1996, p. 190). Pour lui aussi, l'anorexie est à comprendre en lien avec la tension entre les attentes envers les femmes et l'impossibilité – voire l'interdiction – de les remplir. Il situe l'anorexie sur un

continuum de pratiques corporelles « which include dieting, jogging, keep-fit and other forms of secular asceticism » (1996, p. 194). Turner avance également que l'anorexie « is a search for individual freedom and individuation from the “golden cage” of the middle-class, over-protective family and a quest through the rigours of secular asceticism for personal perfectability » (1996, p. 181). De ce point de vue, il reprend point par point les arguments de Hilde Bruch et sa description du milieu familial pathogène.

La pensée de Turner est également traversée par une compréhension politique du problème. Il conçoit le trouble comme une rébellion domestique, une résistance aux relations de pouvoir qui s'y expriment, lesquelles s'enracinent dans les dynamiques sociales plus larges :

« [...] the fact that there are social and collective practices operating on the body of the anorexic should not detract from this political feature on anorexia as a domestic rebellion. [...] To approach anorexia as a political phenomenon points to the intimate and necessary connections between the private and the public domain » (1996, p. 194).

Le contrôle anorexique sur le corps et l'alimentation est pour lui un moyen de communication (1990), une réponse à la toute-puissance de la mère et aux contradictions de la féminité. En semant le désordre dans les relations familiales et sociales, l'anorexique refuserait la position qui lui est assignée, tout en cherchant une solution à la multitude d'injonctions auxquelles elle doit se conformer. En d'autres mots, l'anorexie est ici présentée comme une réponse à une position sociale complexe, marquée par des exigences à la fois multiples et incompatibles, une posture qui n'offre à la jeune femme que peu de possibilités d'action :

« At the phenomenological level, we may understand loss of appetite as a pseudo-solution to communicative problems between the developing personality and the domestic environment of the over-protective home. As the social level, anorexia is a sick role which provides “solutions” to the demands of a competitive middle-class culture through the secondary gains of the sick role. At the societal level, it is an effect of fashions relating to

food, consumption and lifestyle. Anorexia is peculiarly expressive of the personal and social dilemmas of educated, middle-class women, because it articulates (*sic.*) various aspects of their powerlessness within an environment that also demands their competitive success » (1990, p. 166).

Le corps, chez Turner, joue un rôle semblable à celui que lui attribue Susie Orbach : il est un objet par lequel l'anorexique exprime sa révolte, une surface sur laquelle s'imprime un message, une métaphore qui demande à être interprétée. Si le contrôle du corps par l'anorexique est une réaction au contrôle social du corps féminin, celui-ci ne devient qu'un objet aux mains de l'individu comme de la société : c'est le retour au paradigme de l'aliénation, où patriarcat et capitalisme s'abattent sur les femmes qui n'ont d'autre issue, alors, que de se soumettre au traitement sévère qu'est celui de l'anorexie, étant impuissantes à agir sur les normes qui les encadrent, à les réfléchir, à les transformer ou à les refuser.

Hesse-Biber *et al.* (2006) s'appuient sur une idée semblable pour développer un cadre conceptuel qui vise à lier l'individuel au social et à comprendre comment les deux niveaux d'analyse se rencontrent dans les troubles alimentaires. Elles examinent pour ce faire différentes branches de l'« industrie de la minceur » (l'industrie alimentaire, le marché des régimes amaigrissants, l'industrie de la mise en forme et de la chirurgie esthétique) pour déterminer comment les contradictions dans les discours sur la santé et la minceur définissent la relation des femmes à leur corps.

« We explore four social psychological theories – cultivation theory, gratifications and uses theory, social comparison theory and objectification theory, which taken together, form a “nexus of influence” and provide important clues to our understanding of the pervasive influence of these industries on the development of Eating Disorders in women » (2006, p. 208).

Le social est ici rabattu sur un complexe industriel soumis à une logique du profit, l'ensemble des normes produites étant relayé par les médias, qui cultivent chez les femmes une insatisfaction perpétuelle quant à leur apparence physique. Le problème

serait celui des modèles dominants de féminité et de la consommation passive, non-critique, des médias de masse. La solution résiderait donc dans l'éducation et l'*empowerment* :

« We view “empowerment education” as a bridge between social activism, education and media literacy. Further, we propose that if empowerment education is used effectively, including through the integration of the aforementioned initiatives, those involved in the effort may also begin to systematically re-vision femininity as part of the process » (2006, p. 220).

Si l'effort mené ici pour articuler l'individuel et le social est, à certains égards, fertile, cette manière de saisir le problème, à l'instar entre autres du modèle socioculturel développé par l'approche biomédicale, fait de l'anorexie ce que Bray (1996) nomme un « reading disorder » :

« The paradox articulates itself through a theorization of food refusal as the direct result of the consumption of media representations of idealized thin femininity. An excessive consumption of media images is perceived to activate a pathological fear of corporeal consumption : over-reading produces under-eating. This paradoxical description of consumption, I will argue, represents the imagined reading practices of female audiences within modernity as quintessentially irrational » (1996, pp. 414-415).

En ce sens, les arguments développés par Hesse-Biber *et al.*, tout comme ceux de Turner, entretiennent une relation forte avec le paradigme de l'aliénation. Malgré sa parution tardive (2006), l'article de Hesse-Biber *et al.* prend d'ailleurs partiellement appui sur les travaux de Boskind-Lodhal, Orbach et MacSween. Cependant, dans cet article, les auteures ne cherchent pas, contrairement aux autres, à déconstruire les troubles alimentaires comme catégorie diagnostique pour les fonder dans le social. Elles déploient plutôt les ressources qu'offre la psychologie sociale pour comprendre le contexte culturel qui les engendrerait et dégager des pistes de solution concrètes pour les prévenir et les traiter. Hesse-Biber *et al.*, comme Turner, demeurent néanmoins plus proches des premières analyses féministes que des sociologues qui se sont, quelques

années plus tard, intéressés au problème en interrogeant l'individu en manque de consistance plutôt que la féminité silencieuse et soumise.

6.3 Le paradigme post-structuraliste

Au début des années 1990, le thème de l'aliénation cède le pas à un féminisme post-structuraliste influencé, entre autres, par les travaux de Michel Foucault. Ce féminisme se fonde sur le postulat que « meaning is constituted through language, which is always located in discourse and inextricably connected to gendered power relations » (Burns, 2004, p. 272). On s'intéresse ici à la *subject position*, à l'assujettissement. On cherche à dégager les termes par lesquels les anorexiques et les boulimiques prennent part à la vie sociale ainsi que les significations qu'on attribue à leurs corps et à leurs pratiques, qui déterminent autant la manière dont les jeunes filles interprètent leur propre expérience que leur insertion dans les rapports sociaux.

Les principaux thèmes et approches qui seront développés par le féminisme post-structuraliste sont annoncés dans le texte précurseur publié par Susan Bordo en 1988, intitulé « *Anorexia nervosa : Psychopathology as the crystallization of culture* ». Délaissant les préoccupations pour la constitution du Soi et les entraves inhérentes à la féminité, Bordo écrit : « Just as anorexia functions in a variety of ways in the psychic economy of the anorexic individual, so a variety of cultural currents or streams converge in anorexia, find their perfect, precise expression in it » (citée dans 1997, p. 229). Elle situe les troubles alimentaires au point de rencontre de trois axes : le dualisme corps/esprit, l'axe du contrôle, dans une société où se renforce la nécessité mais s'effrite le sentiment d'être en maîtrise de sa propre vie, et l'axe du genre/pouvoir (*gender/power*). Ces axes baliseraient les pratiques comme l'expérience du corps de tout un chacun. Située à leur point de rencontre, l'anorexie mentale serait un cas

particulièrement flagrant de « collaboration in oppression » (p. 230), où le sujet construit activement son propre carcan.

Dans une tentative de dépasser l'opposition nature/culture, cet ensemble d'analyses conceptualise le corps, l'anorexie et la boulimie comme produits discursifs. On cherche par là à rendre compte du fait que l'expérience charnelle ne survient jamais hors de la culture. Ce faisant, on a tâté fait de penser corps et troubles alimentaires uniquement comme discours, hors desquels ils n'auraient pas de réalité :

« The anorexic body, like other bodies, is then always-already an object of discourses. [...] In short, a feminist post-structuralist perspective enables an understanding of "anorexia nervosa", not as a pathology originating within the individual but as a socioculturally-located and discursively constituted phenomenon and as a gender-political issue » (Malson et Ussher, 1996a, p. 270).

Totaliser l'anorexie dans un construit discursif permet d'en faire un produit du social et de ses normes. Dès lors, pour expliquer le trouble, il suffit de dégager les discours qui se rencontrent dans les corps anorexique et boulimiques. Cette approche pose cependant un problème majeur, à savoir qu'elle reproduit ici encore le dualisme cartésien qu'elle prétend rejeter. L'ensemble des logiques propres au corps se trouvent exclues de l'analyse; il faut dire que la crainte de tomber dans le biologisme est vive. Le résultat n'en est pas moins une subjectivité désincarnée et un corps informe, soumis aux discours mais jamais producteur de sens :

« Defining the anorexic body as a site of convergence for a multiplicity of discursive currents – such that it can simultaneously signify dependence and control, sickness and glamour, hyperfemininity and boyishness/androgyny, conformity and rebellion, embodiment and transcendence, self-production and self-annihilation (Malson 1998, ch. 5-8; see also 1996) – leaves the anorexic as a little more than the unwitting reflector of her era's power relations » (Brain, 2002, p. 153).

Si on tend ici à présenter l'anorexie comme un pur produit de la culture, à la situer en continuité avec la norme, à décrire les femmes concernées comme des « social

perfectionists, taking contemporary, ideal, individualistic femininity to an extreme » (Gremillion, 1992, p. 57), une certaine résistance prend place à l'intérieur même du paradigme post-structuraliste.

Des auteures cherchent à redonner le pouvoir aux anorexiques et à leur rendre leur capacité d'agir en montrant comment celles-ci participent activement à produire du sens et à créer une identité. Par exemple, Sigal Gooldin argue que, dans le contexte israélien, où l'image des prisonniers des camps de concentration a fortement imprégné l'imagination populaire, « the corporeal experience of "being anorexic" is constructed as a "heroic project" » (2008, p. 284). Rich (2006) s'intéresse à la manière dont les anorexiques composent avec les contraintes discursives, nouant des liens avec d'autres anorexiques qui leurs permettent de développer une identité et une image de soi plus positives. Garrett (1997) explore le processus de rémission et propose de l'interpréter en termes spirituels, avançant qu'il en est un de redécouverte du corps et de redéfinition de soi. Ces diverses enquêtes, qui dégagent les termes par lesquels les anorexiques mettent en oeuvre leur capacité d'agir (*agency*) et déploient leur libre-arbitre, visent à démontrer que le trouble n'est pas qu'adhérence à, mais aussi redéfinition de la norme.

6.4 Performance, surveillance et spectacle

Le passage d'un paradigme de l'aliénation à un paradigme post-structuraliste ne s'opère pas sans hésitation. Chez certaines auteures, si le vocabulaire se transforme, les idées demeurent foncièrement les mêmes. On accorde toujours une grande importance au regard masculin, juge et surveillant du corps féminin, lequel aurait été internalisé par les femmes elles-mêmes. Dans chaque femme se trouverait un spectateur masculin, porteur des critères à partir desquels elle évaluera son apparence. Ainsi, Mora Lloyd écrit : « The internalization of the gaze of the male spectator performs in a similar way

for feminization as the internalized gaze of the prison warder for the inmate : it ensures that subjects become self-policing » (1996, p. 92). Pour Carole Spitzack, l'intériorisation du regard masculin est le mécanisme qui assure la domination de l'esprit sur le corps et le contrôle continu de ce dernier : « Implicit in the surveillance of woman as spectacle is an historical dichotomy between mind and body. The male spectator in woman represents reason and transcendence; the female spectacle is aligned with immanence and the body » (1993, p. 2). La féminité est un spectacle et l'anorexie ne serait en bout de ligne qu'une représentation particulièrement cruelle du contrôle de l'esprit sur le corps.

On retrouve chez Spitzack une division entre le féminin et le masculin semblable à celle que dessine MacSween; seulement, le cadre d'analyse est maintenant celui de la performance telle que définie par Judith Butler (1990). En mettant en cause le spectacle de la féminité dans la genèse des troubles du comportement alimentaire, Spitzack et MacSween postulent implicitement que la conformité aux canons esthétiques définis par le regard masculin est la motivation centrale des anorexiques. L'apparence du corps et la minceur sont preuve du succès que rencontre l'esprit dans sa bataille contre le corps. L'anorexique se mesure à partir de l'image qu'elle offre au spectateur extérieur, au regard masculin qui est aussi celui qu'elle porte en elle.

Dans ce contexte, pour expliquer pourquoi toutes les femmes ne sont pas anorexiques, Spitzack mobilise l'idée, déjà formulée par Orbach et soutenue par une certaine lecture psychanalytique du problème, que les anorexiques sont, plus que les autres, incomplètes, incapables de s'autonomiser adéquatement par rapport à leur entourage. On retrouve ici à la fois la théorie de l'*enmeshment* et l'hypothèse d'une vulnérabilité individuelle qui affaiblit les défenses contre les forces délétères du social. Spitzack écrit : « The boundary separating one person's realm of experience from that of others is weak or missing in the anorexic ». Elle rajoute plus loin : « The only constant feature of the

anorexic's identity is hyper-adaptability, which renders her own desires not only irrelevant but *nonexistent* » (1993, p. 4).

Ces lacunes, ces faiblesses de l'identité féminine induites par l'intériorisation du regard masculin pourront être palliées par la consommation : l'identité devient un objet à marchander.

« Identity is displaced and reconstituted continually as new representations of female strength undermine previous images. The inability of anorexics or "normal" women to achieve a separate identity is *required* by consumer culture, to insure both addiction to new product imagery and the presence of an ongoing and lucrative spectacle of female disease » (Spitzack, 1993, p. 17).

C'est donc dire que les dynamiques qui mènent au développement, chez une personne donnée, de l'anorexie, sont indissociables des sociétés de consommation, de la culture de masse et de leur puissance aliénante, elles-mêmes appuyées sur un ordre patriarcal qui perçoit le corps féminin comme une menace à neutraliser.

Les arguments de Spitzack et Lloyd se rapprochent de ceux développés dans les années 1970 et 1980. Cependant, ils parviennent à échapper à la conception essentialiste de la féminité qui infusait les premiers travaux. On ne conçoit pas la féminité comme fondamentalement partielle ou incomplète. Elle est ici plutôt circonscrite, définie ou contrôlée par l'ordre patriarcal, qui en détermine les termes et conditions. Le lien social est ainsi saisi à partir des relations de pouvoir qui définissent et imposent la norme qui, en regard du corps féminin, fonctionne sur le mode de la surveillance telle que l'entend Foucault (1975) :

« The adult female body encouraged by cultural gaze presents considerable problems for the adolescent girl, particularly those who are practiced in the ways of pleasing others. [...] Above all else, a developing girl learns that she must take action, she must *do something* to control this body predisposed to wildness. Hair on the legs is shaved, signs of menstruation is carefully hidden, a mask of make-up is applied to the face to conceal

“blemishes”. There is an increasing attention to hygiene because female body functions are viewed culturally with disgust » (Spitzack, 1993, pp. 6-7).

La nécessité du contrôle de l'esprit sur le corps, trait saillant des sociétés occidentales contemporaines, imposée au corps féminin par le regard masculin, infuserait les pratiques ordinaires comme les troubles du comportement alimentaire : la société porterait le pathologique en elle. Le corps apparaît ici comme une matière plastique qui révèle, à sa surface, les relations de pouvoir qui le forment.

Pour Moya Lloyd, l'entraînement aérobique et les troubles alimentaires sont deux ensembles de pratiques qui entretiennent des relations différentes aux mêmes rapports de pouvoir :

« Contrary to traditional understandings which construct anorexia and bulimia as “pathological” or “abnormal” modes of behaviour, while aerobics is ordinarily positioned as a “healthy” and thus “desirable” pursuit, both sets of activities are underpinned by a related functioning (or “global strategy”) of power. Both sets of discourses simultaneously, although differentially, constitute, encode and inscribe women’s bodies in ways consonant with, and supportive of, the dominant feminine (white) aesthetic » (1996, p. 95).

Pratiques ordinaires d'entretien du corps et troubles du comportement alimentaire sont ici à situer sur un continuum normatif. Les unes et les autres sont les conséquences d'un même système qui s'exprime dans des termes et à des niveaux d'intensité différents : « That is, the *material* operations of power differ significantly depending on whether it is a “starved” ascetic body or a “tones” aerobically conditioned body that is being produced » (Lloyd, 1996, p. 95).

Chez Spitzack, si l'anorexie est, dans un premier temps, adhésion à la norme et rejet du corps au profit de l'esprit, elle se transforme pour devenir à l'inverse un refus de la norme signifié par le corps. On comprend que c'est ce refus du modèle dominant de féminité qui inscrit le trouble dans l'ordre du pathologique :

« Anorexia is a disease that begins with an acceptance of erasure as the real, that is, a successful negotiation of femininity, and evolves as a complex rejection of the same cultural constructions. In accounts of advanced stages of the illness, there is often a striking unwillingness to accept social definitions of female attractiveness and a refusal to perform the rituals of femininity mandated by observers » (1993, pp. 8-9).

Mebbie Bell tient un argument semblable, mais le pousse un peu plus loin. Pour elle, l'anorexie pose problème parce que les anorexiques « replicate a traditionally male role : control of the female body » (2006, p. 283). De ce point de vue, la féminité induit la souffrance et le pathologique surgit lorsque la norme est défiée. Le corps féminin est un spectacle, un objet public qui n'échappe jamais à la surveillance, qui serait le mode dominant par lequel se vivent les relations sociales. Pour ces auteures, la métaphore du spectacle est utilisée pour montrer comment le corps féminin est soumis à une observation constante, contrôlé par les femmes elles-mêmes et par les sociétés patriarcales. La maîtrise du corps serait ainsi l'un des motifs dominants de l'expérience des femmes dans les sociétés occidentales contemporaines de même qu'un facteur central dans le développement de l'anorexie.

Dans un esprit différent, quelques auteures font l'argument que l'anorexie elle-même est un spectacle, et avant tout un spectacle médiatique. C'est en ces termes que Warin (2004) décrit comment les journaux rendent compte de son travail (cf. Chapitre II) et sont friands des images spectaculaires avec lesquelles ils illustrent leurs articles. Jodie Allen, quant à elle, étudie la manière dont les médias, le *DSM-IV* et le « new public health agenda » font de l'anorexie un spectacle dont ils définissent les termes. Ces différents discours sur l'anorexie et les troubles du comportement alimentaire servent de référence à celles qui souhaitent en épouser les contours, contribuent à les normaliser et construisent « the subject position of the anorexic as both appealing and representative of the standard » (Allen, 2008, p. 590). Pour Allen, ces discours ne sont pas la cause des troubles du comportement alimentaire, mais forment en quelque sorte un mode d'emploi pour ceux et celles qui souhaitent les adopter.

6.5 La production discursive des troubles alimentaires

Le glissement de la construction discursive comme « condition de possibilité » (Allen, 2008) à la construction discursive comme cause des troubles du comportement alimentaire s'opère toutefois facilement. Les travaux de Julie Hepworth (1999) et de Helen Malson distillent en quelque sorte l'essence de cette approche. Hepworth écrit que l'objectif de son ouvrage intitulé *The Social Construction of Anorexia Nervosa* « is to provide an explanation of anorexia nervosa located in terms of discourses and the way in which social practices are constructed, reproduced or changed » (1999, p. 130). Hepworth s'intéresse à la découverte de l'anorexie mentale et aux formes du pouvoir qui, à différentes périodes historiques, ont mené à la construction du trouble comme objet des sciences médicales et comme catégorie diagnostique (1999, p. 3). Elle examine également les représentations de l'anorexie chez les acteurs du milieu médical, pour dégager « the positions made available to women, and in some instances men, as a subject of that definition » (1999, p. 4). L'objet au coeur de son étude est la structure du langage et son effet sur les disciplines médicales et les subjectivités, anorexiques ou non (1999, p. 5). Des constructions discursives à la subjectivité, il y a pour elle une relation de cause à effet : l'anorexie surgit par le langage, et le langage s'inscrit sur le corps.

« These analyses afforded new possibilities for understanding anorexia nervosa in two ways. First, the practices of severe weight loss and its continual monitoring are examined in terms of the way in which social and cultural discourses becomes inscribed on a “docile” body. Second, the relationship between social practices and subjectivity is explained as being constructed through discourse. Anorexia nervosa is a focus of postmodern analyses of the body because it so clearly illustrates the link between the extreme effects of discourses about women, femininity and thinness within Western culture » (Hepworth, 1999, p. 101).

Dans un esprit semblable, depuis le milieu des années 1990, Helen Malson, accompagnée de plusieurs collaborateurs, s'affaire à recenser les différents discours qui se rencontrent dans l'anorexie. Pour elle, l'anorexie se constitue à partir d'un

ensemble de ressources discursives qui contribuent à produire une subjectivité. Comprendre les discours qui convergent dans le trouble, c'est comprendre l'anorexie (Malson et Ussher, 1996a, p. 270).

Deux discours occupent un espace central dans sa compréhension de la question, autour desquels s'organiseront l'ensemble des autres courants discursifs qu'elle identifie. Il s'agit du discours romantique et du discours du dualisme cartésien. Le discours romantique est celui des contes de fée, « in which it is the beautiful woman who gets the man and thereby gets to live "happily ever after" » (Malson et Ussher, 1996a, p. 272). C'est un courant discursif dans lequel la beauté est assimilée à la minceur et la laideur au gras. Ce modèle est centré autour d'un idéal hétérosexuel et « illustrates one way in which discourse produces women's desire to be thin by constituting the thin body not simply as beautiful but as a means of achieving "salvation" through a heterosexual relationship » (1996a, p. 273). Plus important encore est le discours du dualisme cartésien qui construit l'existence humaine « as essentially dichotomized into the spiritual or mental and the physical » (1996a, p. 273). Le dualisme cartésien produit la séparation essentielle entre l'esprit et le corps, en plus de mettre l'accent sur la nécessité du contrôle de l'un sur l'autre. L'anorexie serait donc une conséquence directe de ces discours et, par le fait même, une expression parmi d'autres de la culture : « However, these "anorexic" concerns and "delusions" might be better viewed not as *individual* pathology but as manifestations of a culturally prevalent discourse that interpellates most of us in some way » (1996a, pp. 273-274).

Le dualisme cartésien se retrouve par exemple en filigrane de son interprétation des discours sur l'aménorrhée comme symptôme de l'anorexie (Malson et Ussher, 1996b), laquelle serait construite par les anorexiques comme un rejet non pas de la féminité en tant que telle, mais bien d'un type particulier de féminité, le refus d'une position subjective déterminée. Dans la même veine, le discours sur le corps anorexique comme

corps agonisant serait quant à lui organisé autour de l'idée d'une disparition physique, laquelle permettrait à l'anorexique d'échapper au regard disciplinaire et à la surveillance :

« Within the framework of Foucaultian theory "anorexia" can be understood as signifying both a resistance to this exercise of power and an evasion of its individualizing (and gender-ing) effects. Fading away can be read as a destruction of the individualized self, as a symbolic self-destruction. As the body fades away it becomes less available to the disciplinary, individualizing procedures of observation, examination, surveillance and normalizing judgements » (Malson et Ussher, 1997, p. 51).

Dans ces travaux, on retrouve encore la double figure de la victime et de la résistante qui infuse les interprétations de l'anorexie depuis les années 1970. Il s'agit, pour Malson et ses collaborateurs, de déconstruire la distinction entre normal et pathologique, de comprendre l'anorexie non pas comme problème individuel, mais en regard de la conformité et de la résistance à la norme :

« That is, a deconstruction of the distinction between the normal and the pathological and a shift in focus away from the psychologized, pathologized individual towards the socio-economic, cultural and political contexts in which we live; an exploration of the multiple and complex ways in which contemporary cultural discourses, ideologies and normative practices produce and regulate our body management and our increasingly complex and often distressed relationships with our bodies and with food. In short, what is required is an exploration of the ways in which so-called *dis-orders* of eating and embodiment are constituted within (rather than being deviations from) the normalized (and normalizing) orders of subjectivity, embodiment and body management of contemporary Western society » (Malson et Swann, 1999, p. 398).

C'est donc dire que la subjectivité est produite par le discours, qui opère une rupture entre le corps et l'esprit. Le modèle d'incarnation, d'*embodiment*, serait dominé par un idéal de désincarnation. La subjectivité se développe ici contre le corps et hors de celui-ci.

Dans ce contexte, le social est assimilé à des courants discursifs indissociables des rapports de pouvoir qui les façonnent. L'individu lui-même devient le fruit d'un

assemblage de discours qui balisent les limites de ce qu'il peut être. La norme s'exprime *via* la définition d'un éventail de « subject positions » qui pourront être adoptées par les individus. Et c'est par la manipulation et la transformation de ces positions subjectives que l'individu peut agir sur l'ordre normatif et l'ordre social. Quant elles sont engagées dans un tel combat, les anorexiques retrouvent leur statut de résistantes : les transformations et le rejet de la féminité qu'elles opèrent par le discours contribuent à en montrer les limites et les absurdités, en plus de dessiner les contours d'une nouvelle position subjective qui serait disponible à l'ensemble des femmes. Ici, l'anorexie n'est pas un travail de transformation de soi, comment l'avancent plusieurs auteures (par exemple Garrett, 1996; Saukko, 2008; Weaver *et al.*, 2005), mais une tentative de redéfinition du social.

Comme Paula Saukko (2008) dit avoir retrouvé dans le discours diagnostique les termes à partir desquels elle a interprété son expérience de l'anorexie (cf. chapitre II), les analyses féministes semblent avoir une certaine résonance chez les anorexiques et les boulimiques qui les lisent. Toutefois, si l'on en croit Holmes (2014), celles-ci peuvent être accueillies avec une certaine ambivalence. Holmes, une universitaire féministe qui a souffert d'anorexie pendant vingt ans, s'est lancée dans un travail autoethnographique autour de son expérience et décrit sa rencontre avec les propos féministes sur les troubles alimentaires produits dans les trente dernières années. Elle raconte entretenir avec ces textes une relation qui surgit « in a constantly moving space between disconcertedness and recognition » (p. 13). Elle écrit :

« I found the feminist arguments to be analytically revealing and politically compelling. Yet, as I read on, I retained a personal ambivalence about how these Second Wave accounts co-opted anorexic subjectivity as a metaphor for the subordinate position of "woman", as well as the political *certainty* with which anorexia was interpreted and appropriated.

Although the field of feminist work on eating disorders has grown substantially since this time – a growth which has incorporated the increasing use of anorexic stories and experience (Jones and Malson, 2013, Malson, 1998, Saukko, 2008) – rarely do such accounts offer the anorexic a space to respond to the now established *feminist* conception

of the problem which structure the books or articles in which they appear. Rather, anorexic or recovered anorexic voices are used by researcher to *interpret* the role played by gender, even while the subjects are invited to respond to medical and popular discourses on the disorder (MacSween, 1995; Malson, 1998) » (Holmes, 2014, p. 2).

Toutefois, malgré son hésitation et si elle refuse de situer une quête esthétique au coeur de son anorexie, Holmes dit avoir été à certains égards soulagée par sa rencontre avec les analyses féministes des troubles alimentaires, qui permettent d'échapper au caractère réducteur, « somewhat restrictive and offensive » dit-elle (p. 7), des discours psychologiques et psychiatriques.

Holmes dit plutôt voir son expérience reflétée dans une interprétation de l'anorexie en terme de sexualité et de construction du genre. Toutefois, s'identifiant comme lesbienne, elle se sent aussi trahie par la relation claire et univoque qu'établissent les *gender studies* entre le contrôle du corps et la recherche d'une féminité et d'une sexualité hétérosexuelles qui puissent se situer hors des lignes d'oppression identifiées plus haut :

« Both psychiatric and feminist work has historically assumed, albeit in different ways, that the woman is “caught” in anorexia trying to negotiate a path to mature female heterosexuality (a perspective often influenced by Freudian psychoanalysis; see Hepworth 1999 : 49). In this regard, the feminist discourse has tended to reproduce normative discourses on girl/women which have often ended up confirming the very structures they set out to critique, leaving little space for the anorexic from whom heteronormativity, and not heterosexual femininity, is potentially the key source of oppression » (p. 9).

Elle affirme que la pensée féministe erre en pensant pouvoir faire l'adéquation entre l'interprétation de la subjectivité anorexique tirée de l'analyse des divers courants discursifs et l'expérience concrète de l'anorexie et de la boulimie.

« As I have explored throughout this article, work has increasingly sought to take a closer “look” at anorexic experiences, and has usefully incorporated a great deal of empirical material in this regard. At the same time, my own personally ambivalent relationship with this work speaks, I think, to this complex question of metaphorical “exploitation” (which

in turn also relates to, but cannot be reduced to, long-standing debates about how feminism represents the subjective experience of “woman”). Despite the extent to which feminist work on eating disorders has become an established and sophisticated field of study, there remains a clear need for the feminist discourse itself to engage in a dialogue with girls and women who have experience of eating disordered subjectivities, especially given the political aim to “give voice” in this regard. The implicit dichotomy between enlightened feminist researcher and politically unaware anorexic (Bordo, 1993) is deeply problematic and, based on my own experience here, doesn't do justice to the complex subjectivities that anorexia may entail » (2014, p. 13).

Autrement dit, Holmes ne désavoue pas l'idée que l'anorexie et les troubles alimentaires puissent se former à la faveur de productions discursives ou être propagés par un contenu sémantique déterminé. Elle plaide plutôt pour qu'anorexiques et boulimiques aient leur mot à dire lorsque vient le temps d'identifier le sens de leur maladie et pour que l'interprétation qu'on en offre respecte la variété des expériences.

6.6 Pratiques, morale et spiritualité

Le cadre conceptuel présenté dans la section précédente paraît réduire l'anorexie et la « subjectivité anorexique » à un ensemble de discours qui, une fois mélangés, forment un produit toxique. D'autres, cependant, font un usage moins ambitieux de la théorie poststructuraliste et la déploient plutôt pour comprendre comment différents discours contribuent à conférer du sens aux troubles alimentaires. Ainsi Rich et Evans « explore the ways in which schools promote particular discourses about the body, health, and illness, within and against which young people with eating disorders come to understand themselves » (2005, p. 248). Ils ne cherchent pas à comprendre comment les troubles du comportement alimentaire sont produits par le discours, mais bien la manière dont ces discours servent de support à la reconstitution narrative de ces expériences et au travail de construction identitaire. Par une approche semblable à celle développée par Allen (2008), qui explore la construction médiatique, psychologique et « santéiste » de l'anorexie mentale, construction qui contribuerait à établir ses

conditions de possibilité (Allen, 2008, p. 599), Evans *et al.* (2004) tentent d'identifier les diverses caractéristiques de l'environnement social qui stimulent le développement des troubles alimentaires :

« We illustrate how media imagery, school culture and peer pressures intersect to create conditions that make problematic an individual's relationships with food, dismantling it as a pleasurable experience to the point that eating is affectively loaded not with pleasure but rather with guilt and association of being a mortal, corporeal, "sin". Our thesis is that, in the lives of young women suffering from anorexia nervosa we can vividly see not only the embodiment of damaging, wider (extra-school) social forces but also some of the problematic, intensified work conditions of contemporary schooling; specifically, the commingling of what we refer to below as *performance* and *perfection* codes endemic in contemporary western societies and schools » (Evans *et al.*, 2004, p. 126).

Si on retrouve, dans ces travaux, l'idée d'une relation causale entre culture et anorexie, celle-ci n'est pas centrale dans le déploiement de l'analyse, qui vise plutôt à comprendre comment les discours de performance et de perfection, mais aussi la promotion d'une certaine vision de la santé et de l'entretien du corps, infusent la culture scolaire comme la société en général. Les auteurs avancent que ces discours sont réappropriés par les élèves et servent d'appui aux troubles alimentaires :

« Reading anorexia, and perhaps other eating disorders, as a discursive and material practice that is both self-productive and self-destructive tells us something significant about the viable options for gaining control over one's identity in schools. The narratives of these young women highlight a school culture, often endorsed in family life, which builds pressure for perfection *and* performance, often in forms which are undesirable or impossible to achieve. Far from empowering individuals, social practices, such as those described, leave young people feeling powerless, alienated from their bodies and reaching towards starvation diets and obsessive exercise as means of regaining control over the base elements of their lives » (Evans *et al.*, 2004, p. 139).

L'enjeu n'est pas ici de comprendre la signification de l'anorexie, mais bien les difficultés à la faveur desquelles des jeunes femmes adoptent des pratiques anorexiques ou boulimiques et comment, pour ce faire, elles s'appuient sur l'appareil normatif transmis par l'école, la médecine, la famille et les pairs.

Ailleurs, on cherche aussi à comprendre comment les personnes qui souffrent de troubles alimentaires mobilisent les ressources normatives et discursives disponibles pour développer une identité et opérer une transformation de soi à travers le travail du corps : « anorexia frequently articulates a pursuit of a new self and body that would surpass the inadequacies a woman perceives plague her », écrit Saukko (2008, p. 99). Dans leur étude sur le processus de rémission de l'anorexie mentale, Weaver *et al.* arguent que les personnes atteintes tendent à interpréter leur sortie de l'anorexie en termes de redécouverte et de redéfinition de soi. Le processus qu'elles dégagent se déroule en cinq étapes : « not knowing myself », « losing myself to AN [anorexia nervosa] obsession », « finding me », « taking care of myself » et « celebrating myself » (2005, p. 192). L'étape « finding me » représente le point tournant, le début de la rémission : c'est le moment où la femme tente de découvrir son « vrai soi », auparavant méconnu. En d'autres termes, le premier pas vers la rémission consiste à s'engager dans la modification du rapport à soi et aux autres :

« During finding me, women are “struggling to recover”. Although they have glimpsed themselves beyond the AN [anorexia nervosa] and are working on “finding” themselves rather than “not knowing” or “obscuring”, they are unhappy with their physical appearance and might secretly practice weight loss measures to feel better about themselves. They continue to hide their real selves in interactions with others and to measure themselves against internalized perfectionist standards » (Weaver *et al.*, 2005, p. 195).

C'est dans des termes semblables que Catherine J. Garrett interprète le processus de rémission des participantes à son enquête, de même que sa propre sortie de l'anorexie mentale. Elle écrit :

« All participants claimed that recovery requires an experience of something (a material reality and/or an energy) beyond the self. They named it “spirituality” or referred to it as “love”, as God or as Nature. It is this “reality”, apparently once possessed but lost in the descent into anorexia (to which I now turn), which must be rediscovered during the emergence to a fuller way of living » (1996, p. 1493).

Garrett décrit l'anorexie comme un ascétisme, une « *spiritual distorsion* » (1996, p. 1498). Elle approche le processus de rémission en termes spirituels et le décrit comme une entreprise de création de sens :

« Finally, participants' awareness of the emerging discourse of recovery (if only through their contact with me) has suggested alternative ways of creating meaning in their lives. For them, the development of spirituality seems to require acceptance and nurture of the body rather than its transcendence; more direct communion with others than solitary meditation, and a belief in a bodily, rather than abstract, connection with nature » (1996, p. 1498).

Les phases successives de l'anorexie sont saisies par Garrett comme différents moments d'un rite de passage, qui mène à la transformation de soi par la transformation du rapport au monde.

On ne cherche pas, ici, à expliquer l'anorexie, mais comment on en sort. C'est donc en étudiant la manière donc ces auteurs comprennent la rémission que l'on peut saisir leur conception du trouble. Weaver *et al.* l'interprètent comme une expérience individuelle, un processus de développement de soi. Elles s'appuient sur une conception ontologique du soi, présenté comme indépendant des relations entretenues par les jeunes femmes. Si la guérison implique une redéfinition des relations à soi et aux autres, ces relations sont transformées suivant les besoins, désirs et limites d'un soi préexistant, avec lequel les jeunes femmes entretiennent désormais un rapport « authentique » :

« Women restructure relationships because they are "different" persons now (i.e. authentic, self-aware, assertive). Felicity, who had lost touch with her friends when anorectic, rebuilt authentic relationships no longer wearing her mask of superficiality » (Weaver *et al.*, 2005, p. 200).

Garrett, à l'inverse, comprend le trouble comme une expérience spirituelle indissociable de la relations à soi, aux autres, et au monde naturel ou cosmos (Garrett, 1996, p. 1491). Il n'y a pas, ici, de soi véritable; seulement un soi qui évolue en même

temps que se transforment les relations qui forment l'individu. En interprétant l'anorexie en termes d'ascétisme et de spiritualité, Garrett s'engage dans un thème de recherche qui s'imposera progressivement à partir de la fin des années 1990, à savoir l'anorexie comme expérience à la fois corporelle et morale. Cette vision du problème se développe entre autres en opposition aux approches féministes présentées plus haut, qui décrivent l'anorexie comme « a disembodied effect of Cartesian dualism » (Brain, 2002, p. 152).

Dans son étude sur l'interprétation de l'anorexie mentale chez les danseuses professionnelles en Israël, Gvion réfère à plusieurs reprises à la connotation spirituelle des représentations du contrôle du corps entretenues par les femmes qu'elle a rencontrées :

« These descriptions describe the dancer's aim to detach oneself from the needs of the physical body in favour of creating a mechanical body which surrenders and yields to the needs of the performing body. The dancer's dependence on the deprivation of her physical body in favour of creating a spiritual realm capable of dancing, further stresses the inner-connection between performance, eating, and body distortion » (2008, p. 76)

Pour ces femmes, le contrôle de l'alimentation vise explicitement à créer un corps apte à satisfaire un ensemble d'exigences professionnelles. La relation est totalement instrumentale. La bataille jamais terminée contre les besoins et désirs physiques « make the dancer a constant sinner » (2008, p. 78). L'idéal professionnel et l'idéal spirituel se rencontrent; le contrôle du corps est la voie à suivre pour atteindre l'excellence sur tous les plans.

Toujours en Israël, Gooldin se concentre quant à elle sur l'expérience de la faim, et argue que « the experience of hunger, which involves physical pain and suffering, is transformed into a feeling of self-efficiency, power, and achievement that constitutes a sense of heroic selfhood » (2008, p. 281). Elle écrit plus loin que « For many of the

young women who participated in this study, there was concrete sense of drama that had to do with the experience of transcending the mundane and entering the sphere of the heroic » (2008, p. 287). Cette subjectivité héroïque ou morale est, pour Gooldin, nécessairement ancrée dans l'expérience corporelle et se construit à travers elle; le corps s'entrelace aux discours.

Ces auteures ne cherchent pas à expliquer l'anorexie ou ses causes, mais à rendre compte de l'expérience des femmes qui vivent avec l'anorexie ou la boulimie, de même qu'à mettre en évidence les tensions normatives et les lignes de force qui teintent l'expérience que celles-ci font d'elles-mêmes et de leur corps. On assimile toujours la normativité aux discours, mais le regard se rapproche du vécu quotidien des troubles alimentaires et de l'ensemble des sensations qui les composent, lesquelles sont présentées comme à la fois signifiantes et mises en pratique. La norme aussi est comprise comme expérience charnelle. Sauf chez Weaver *et al.*, l'individuel et le social sont saisis dans un même mouvement, à partir des relations qui font l'un et l'autre. Autrement dit, cette conception du social ne met pas seulement en jeu les discours qui s'amalgament pour former une position subjective déterminée, mais commence à intégrer les sensations de faim, de peur ou de dégoût qui teintent l'expérience de l'anorexie et de la boulimie. La récurrence, dans les différents terrains étudiés, de la recherche d'unité entre soi et le monde, entre le corps et l'esprit, de même que la connotation morale ou spirituelle rattachée à cette union est également digne de mention. On revient ici aux conclusions de O'Connor et van Esterik (2008) sur l'anorexie comme entreprise morale, mais on échappe à la figure glorieuse de l'anorexique comme résistante de la politique contemporaine du corps. Autrement dit, cet ensemble d'analyses offre une interprétation du problème dénuée du contenu normatif qui surgit autrement si aisément.

Mis à part peut-être quelques distinctions fines, toutes les approches présentées dans les trois derniers chapitres s'appuient sur l'idée que les troubles alimentaires, au premier chef l'anorexie mentale, charrient nécessairement un sens, que ce sens est partagé par toutes les femmes concernées et qu'en décodant ce que signifient les corps anorexiques et boulimiques, on se rapproche de l'identification des causes des troubles alimentaires. Quand on étudie la dimension sociale des troubles alimentaires on cherche donc, pour l'essentiel, à déterrer le message que cachent les corps anorexiques et boulimiques et le sens qu'ils cherchent à transmettre sans vraiment y parvenir.

Lorsqu'on examine les différents modèles développés à la lumière des écrits d'anorexiques et de boulimiques, il semble que chaque modèle parvienne à rendre compte de certains aspects de certains cas, mais qu'aucun ne parvienne à les englober tous tant les récits sont disparates et, parfois, contradictoires. À cet égard, il semble pour le moins imprudent de chercher à regrouper toutes les anorexies et toutes les boulimies dans la même catégorie et à tenter de les saisir à partir de la même trame explicative. Bien entendu, les différents cadres d'analyses que j'ai présentés ici n'ont pas été créés en rupture totale avec l'expérience des femmes qui souffrent de troubles alimentaires. Seulement, la nécessité d'atteindre un certain degré de consistance interne oblige à retenir certaines dimensions et à en rejeter d'autres. On en vient ce faisant à dessiner un modèle qui peut laisser de côté l'entièreté des traits dominants de l'expérience de certaines femmes tout en épousant parfaitement les contours de l'anorexie et de la boulimie telles que vécues par d'autres.

C'est ici que la recherche de l'intention derrière les troubles alimentaires révèle ses limites. Peut-être que les pratiques mises en place par telle ou telle femmes sont effectivement portées par des motivations précises. Seulement, ces motivations ne peuvent pas être appréhendées hors de leur contexte immédiat, on ne peut pas supposer qu'elles puissent être fidèlement traduites dans le langage et encore moins qu'elles

puissent servir de base à un modèle qui viserait à expliquer l'anorexie et la boulimie qui sont toujours, d'abord et avant tout, des catégories psychiatriques. Pour le dire autrement, il importe de ne pas confondre le sens que l'on peut attribuer aux troubles alimentaires avec leurs causes ou avec leurs racines sociales. Il est entendu que le sens ou les motifs imbriqués aux pratiques anorexiques et boulimiques sont d'abord et avant tout relationnels et sociaux. Cependant, il n'est pas dit qu'il soit possible d'extraire le sens des pratiques ou de l'isoler pour ensuite l'étudier, et étudier le sens des troubles alimentaires n'est pas identifier leurs causes.

Cependant, comme en témoigne une vague de travaux récents qui trouve sa traduction dans la plupart des disciplines étudiées ici, il semble que la recherche des motifs et du sens derrière les pratiques soit une stratégie en déclin. La réflexion semble plutôt se tourner vers l'insertion des anorexiques et des boulimiques dans les relations sociales et vers la manière dont ces relations entrent en jeu dans l'expérience des troubles alimentaires, dans leur maintien et dans le processus de rémission. Le problème approché de cette manière, la question de l'intention se trouve pratiquement évacuée. Si on l'a vue prendre forme dans le paradigme biomédical avec les avancées de la psychiatrie transculturelle, dans l'approche par la famille avec le rejet de la théorie des systèmes familiaux et en sciences sociales avec la mise de côté de l'analyse discursive au profit du travail ethnographique, c'est dans l'épigénétique et, surtout, dans les neurosciences cognitives et sociales que cette nouvelle posture interprétative se distille sous sa forme la plus pure.

En effet, lorsque la réflexion se déplace vers l'expression des gènes ou l'activité neuronale, les questions du sens ou de l'intention perdent toute forme de pertinence, en ce que la subjectivité elle-même devient un sous-produit de processus biologiques indépendants de la volonté humaine. Si l'épigénétique occupe une position encore marginale, les neurosciences cognitives et sociales connaissent une expansion très

rapide et semblent en voie de redéfinir la recherche sur les troubles alimentaires, y compris sur leur dimension sociale. En effet, alors que l'analyse se concentre sur les cognitions, les émotions, les sensations et leur insertion dans les relations sociales, la subjectivité disparaît de la réflexion et, avec elle, la question du sens des troubles alimentaires et du rôle étiologique des diverses significations accolées au corps et aux pratiques anorexiques et boulimiques.

CHAPITRE VII

EXCURSUS SUR LES NEUROSCIENCES ET L'ÉPIGÉNÉTIQUE

Le 17 juillet 1990, Georges Bush, alors président des États-Unis, a proclamé la décennie 1990 « *the Decade of the Brain*¹⁵ », laquelle était portée par l'espoir qu'une compréhension approfondie du cerveau puisse propulser le développement de thérapies appropriées pour un ensemble de maladies, incluant l'Alzheimer et la maladie de Parkinson, face auxquelles la médecine est toujours démunie. L'ensemble des activités qui ont eu lieu dans ce cadre témoigne d'une préoccupation particulière pour la maladie mentale, ici comprise comme un problème du cerveau et un phénomène avant tout biologique. On table sur le fait que l'identification de désordres neuronaux propres à l'un ou l'autre trouble psychiatrique puisse aussi mener au développement de thérapies efficaces. Cela est vrai de désordres particulièrement aigus comme la schizophrénie, mais les questionnements s'étendent à un ensemble de phénomènes plus proches des variations de la normativité. Certains ont par exemple proposé que l'obésité puisse être une maladie du cerveau (Volkow et O'Brien, 2007), laquelle aurait entre autres à voir, comme l'anorexie par ailleurs, avec une dérégulation des circuits neuronaux de la récompense et de la motivation (Kaye *et al.*, 2013; Volkow et O'Brien, 2007).

¹⁵ <http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html>

7.1 Problèmes cognitifs

L'anorexie, la boulimie et les autres troubles alimentaires n'échappent pas à ce mouvement. La neuropsychiatrie a ainsi entrepris d'identifier les difficultés liées à la cognition sociale propres à l'anorexie mentale et à la boulimie et de lier ces difficultés aux diverses régions du cerveau impliquées dans la régulation des interactions et des émotions. Ce courant tend à absorber, en partie du moins, les arguments développés à l'intérieur du paradigme biomédical et de l'approche par la famille. Par exemple, Herpertz-Dahlmann *et al.* (2011) cherchent, par l'examen des développements récents de la recherche en neuropsychiatrie et dans le domaine de la cognition sociale, à rendre compte des traits de la personnalité anorexiques identifiés par Bruch.

Les neurosciences cognitives et sociales explorent également un ensemble d'éléments qui avaient jusque-là été laissés de côté mais qui, à la lumière des récits et témoignages présentés dans les chapitres précédents, occupent une place prépondérante dans l'expérience des troubles alimentaires. C'est le cas, entre autres, du contenu émotionnel de l'anorexie, qui devient partie intégrante des modèles explicatifs que l'on développe. Ceci a grandement à voir avec les progrès réalisés dans le domaine de l'imagerie cérébrale, qui permet de « voir » les émotions et donc de les objectiver. Les émotions prennent ici la forme d'une tache de couleur sur une image du cerveau, qui représente la ou les régions activées dans une situation donnée. On assiste de ce fait à une transformation dans la manière de poser la question du social dans les troubles alimentaires. Certes, le thème de la minceur n'est pas entièrement évacué. Friederich *et al.* (2007, 2010), par exemple, ont mis en évidence le niveau d'activité particulièrement élevé des circuits neuronaux liés à l'anxiété chez un groupe de femmes anorexiques confrontées à des images de femmes minces tirées d'un magazine féminin (voir aussi Miyake *et al.*, 2010; Redgrave *et al.*, 2008). Les modèles de beauté, toutefois, perdent de l'importance. On étudie plutôt l'intégration des anorexiques aux

relations sociales ainsi que les difficultés émotionnelles et cognitives qu'elles y rencontrent, qui sont susceptibles de promouvoir le maintien dans l'anorexie ou de favoriser la rémission. Ces travaux, qui scrutent les relations entretenues par les anorexiques à elles-mêmes et aux autres, sont en phase avec l'étude du rôle des réseaux sociaux en ligne et hors ligne dans le développement, le maintien et la rémission de l'anorexie et de la boulimie (par exemple Allison *et al.*, 2014; Casilli *et al.*, 2013; Chardel, 2013).

Par l'étude de la cognition sociale, on tâche d'identifier les difficultés que rencontrent les anorexiques dans les interactions avec leur entourage et leur environnement. On s'intéresse aux compétences dont elles font preuve ou aux lacunes dont elles peuvent faire les frais, tout comme on cherche à identifier les processus mentaux en jeu et la manière dont ils peuvent, dans l'anorexie, poser problème. Pour Adenzato *et al.*, « Social cognition is a sum of different processes and depends on the exchange of specific signals such as facial expression, body movement, and eye gaze (Frith and Frith 2007) » (2012, pp. 1-2). Ainsi que la définissent Oldershaw *et al.*,

« Social cognition refers to the mental processes underlying human social behavior and interaction (Adolphs, 1999) and has been described as “the ability to construct representations of the relation between oneself and others and to use those representations flexibly to guide social behaviour” (Adolphs, 2001). The term refers to a variety of individual cognitive and perceptual processes, thought to be distinct from other cognitive abilities (Pinkham *et al.*, 2003) » (2011, p. 971).

Par rapport à cet objet, on souligne la rigidité cognitive des anorexiques, qui peinent à s'ajuster aux changements de règles ou de contexte (Abbate-Daga *et al.*, 2011; Steinglass *et al.*, 2006; Tchanturia *et al.*, 2004, 2011, 2012; Zastrow *et al.*, 2009). On étudie leur aptitude à lire les signaux faciaux et corporels envoyés par leur interlocuteur, qui sont partie prenante de la communication (Cowdrey *et al.*, 2012), ou alors on s'intéresse à leur capacité à faire preuve d'empathie (Morris *et al.*, 2014). On tente également d'évaluer leur capacité à reconnaître et à partager les émotions et

sensations éprouvées par un vis-à-vis, ce que l'on nomme la *Theory of Mind*, « the process of thinking about other people's thoughts and feelings » (McAdams et Krawczyk, 2011, p. 54, voir aussi Adenzato *et al.*, 2012). L'objectif est d'identifier les assises biologiques et cognitives du trouble et de saisir comment l'expérience que font les anorexiques de leur environnement contribue au développement et au maintien de l'anorexie. Surtout, on vise à développer des connaissances susceptibles d'appuyer la pratique clinique de façon à améliorer l'efficacité des thérapies qui, si elles rencontrent un succès significativement plus élevé chez les adolescentes que chez les adultes, demeure généralement décevante (Fairburn, 2005).

L'étude des émotions, des sensations et de l'expérience subjective du corps dans l'anorexie se donne un objectif semblable. Les hypothèses formulées – comme les résultats jusqu'ici obtenus – suggèrent que les anorexiques présentent une sensibilité accrue à un ensemble de stimuli comme les odeurs ou les textures qui, vécus plus intensément chez elles que chez les sujets dits normaux ou en santé, seront interprétés comme désagréables et, de ce fait, à éviter :

« For example, the tendency to wear loose clothing in AN may be less about concealing low body weight and more about aversion to the experience of tactile sensations (e.g., the feeling of clothing touching the skin or being tight or restricting). Similarly, perpetual awareness of the body may be less about overevaluation of thinness and more about aberrations in habituation to proprioceptive or kinesthetic sense (e.g., visual and tactile body checking may reflect deficits in habituation rather than overevaluation) » (Zucker *et al.*, 2013, p. 257).

D'autres proposent que les anorexiques puissent être captives d'une représentation négative du corps et des expériences passées, représentations médiées par leur interprétation plutôt sombre du regard que l'on jette sur elle. Autrement dit, les anorexiques supposeraient que les autres la voient d'un oeil défavorable.

« AN may be the outcome of a primary disturbance in the way the body is experienced and remembered : individuals with AN may be locked to an allocentric (observer view)

negative memory of the body that is no more updated by constrasting egocentric representations driven by perceptions » (Riva et Gaudio, 2012, p. 113).

L'expérience du corps aurait été « codée » de manière négative dans le passé, et cette perception ne serait plus actualisée pour rendre compte de l'expérience présente.

Cette interprétation négative des signaux corporels reposerait à la fois sur des facteurs individuels, par exemple un seuil de sensibilité plus bas chez les anorexiques que chez le commun des mortels, mais également sur des facteurs sociaux. Sur le plan individuel, on avance qu'elles vivraient très intensément des sensations autrement anodines, qui revêtraient de ce fait un fort caractère anxiogène. Sur le plan social, on postule que, par le processus de socialisation, elles pourraient avoir appris à attribuer une signification négative à des stimuli autrement bénins : « For example, when a child notices a churning sensation in her gut, she may interpret it as hunger, anxiety, or a signal of weight gain or fatness, etc. » (Zucker *et al.*, 2013, p. 261). Dans cet esprit, Riva et Gaudio (2012) notent que l'influence exagérée de l'apparence physique sur l'évaluation de soi et l'estime personnelle est à même d'emprisonner les jeunes femmes dans une perception allocentrique du corps, ce qui contribuerait à enclencher ou à renforcer les processus qui entraînent la mise en place et promeuvent le maintien des pratiques anorexiques.

7.2 Un modèle explicatif et ses conséquences thérapeutiques

Schmidt et Treasure (2006, voir également Treasure et Schmidt, 2013) ont développé un modèle qui offre une bonne synthèse des travaux qui ont précédés les leurs et illustre bien ceux qui suivront. Ces deux auteurs cherchent à expliquer le maintien des comportements de restriction dans l'anorexie restrictive pure par un ensemble de facteurs intrapersonnels et interpersonnels. Ils visent à développer un modèle universel,

qui puisse rendre compte de tous les cas d'anorexie mentale, y compris ceux qui se déclarent hors de l'Occident. En conséquence, ils ne mettent pas l'emphase sur « the role of weight and shape-related factors in the maintenance of AN; that is, it is culture-free » (Schmidt et Treasure, 2006, p. 343). Pour eux, la persistance de l'anorexie et la résistance qu'elle oppose au traitement s'explique par l'action combinée du perfectionnisme ou de la rigidité cognitive, des croyances pro-anorexiques, de la réaction des proches, souvent positive dans les premiers moments de l'anorexie, ainsi que de l'évitement expérientiel (*experiential avoidance*), soit « la tendance à vouloir éliminer les pensées et les émotions dérangeantes¹⁶ ».

Sur le plan intrapersonnel, Schmidt et Treasure posent l'hypothèse que l'amélioration temporaire de l'humeur et la sensation générale de bien-être conséquentes du succès des pratiques d'amaigrissement constituent un renforcement positif, qui encouragera l'anorexique à poursuivre sur le chemin dans lequel elle s'est engagée. Plus tard, à un stage plus avancé de la maladie, manger devient de plus en plus pénibles et soulève une variété d'affects négatifs liés à l'inanition prolongée. Plus encore, si elle est physiquement désagréable, l'alimentation constitue également une menace sur le plan émotionnel :

« Eating anything outside an idiosyncratic, self-imposed, limited range of low-calorie “safe foods” or, in severe cases, eating anything at all is construed by the person to be a mistake and a failure, which cause extreme negative emotions in those with a strong drive for perfection and a terror of making mistakes. Eating therefore becomes a threat to emotional and physical equilibrium » (2006, p. 347).

Dans la même veine, la privation alimentaire entraîne, après un certain temps, un engourdissement général qui pour ainsi dire endort les émotions et permet de les éviter.

¹⁶ Bureau de la traduction, <http://www.btb.termiumplus.gc.ca>, à partir de Dionne *et al.*, 2010.

Ainsi se construit l'idée, chez la jeune femme touchée, que l'anorexie est une manière efficace de composer avec les émotions négatives. Une patiente raconte :

« Anorexia nervosa is a way of dealing with my anger and frustration with the world and my feelings of hate and the emotions I couldn't deal with. I needed to find a way of dealing with my emotions without making it destructive for myself... using the anorexia to bury them all... » (Schmidt et Treasure, 2006, p. 347).

Sur le plan interpersonnel, on pose l'hypothèse que les compliments flatteurs et les réactions encourageantes provoquées par la perte de poids initiale se couplent au renforcement positif intrapersonnel que représente l'amélioration de l'humeur pour favoriser le maintien dans l'anorexie. À un certain point toutefois, l'inquiétude prend le pas sur l'enthousiasme, la jeune femme devient le centre de l'organisation familiale et se retrouve dans l'obligation de composer avec la palette des émotions négatives qu'elle provoque dans son entourage. Ne sachant pas les affronter autrement que par le contrôle du corps, celle-ci peut se replier plus encore sur son anorexie, qui lui offre une certaine forme de protection émotionnelle. Ainsi s'enclenche un cercle vicieux difficile à briser.

Zucker *et al.* (2013), comme Schmidt et Treasure (2006), présentent l'anorexie comme une tentative de faire taire le corps : ses diverses manifestations sont rapidement vécues comme trop intense et, de ce fait, insupportables. Ailleurs, Morris *et al.* avancent que le perfectionnisme caractéristique de la personnalité anorexique ne s'applique pas qu'à l'apparence du corps, mais à la présentation de soi en général :

« This suggests that the desire to create a certain self-image extends beyond the physical domain. This characteristic, in combination with difficulty recognising emotional cues, is likely to mean that individuals with AN have difficulty measuring themselves against others and to lead to low self-esteem and self-competence » (2014, p. 53).

Cet échec à se présenter comme parfaites à la face du monde entraîne des émotions négatives que les anorexiques cherchent à tout prix à éviter, ce qui peut les pousser à maintenir ou à renforcer les pratiques de privation déjà en place.

7.3 Les réponses thérapeutiques et la question du lien social

Présentée ainsi, l'anorexie n'est pas à proprement parler une réponse à un ensemble de tensions qui proviennent de l'environnement familial ou social, mais une tentative d'éviter ou de minimiser l'impact d'expériences sensorielles ou émotionnelles ressenties comme négatives. Sur le plan cognitif, on identifie deux problèmes qui se posent dans l'anorexie et qui contribuent à tracer la voie thérapeutique à emprunter. D'un côté, on suggère qu'un ensemble de sensations interprétées comme intensément désagréables par les anorexiques ne sont, pour le commun des mortels, peut-être pas souhaitables, mais plutôt banales. De l'autre, on postule que le trouble se nourrit de la croyance que la privation alimentaire est une réponse appropriée à ces expériences négatives. S'ils peuvent être étudiés par une batterie de tests psychologiques, ces biais cognitifs peuvent également être appréhendés par l'identification de l'activité neuronale qui leur correspond.

Dans ce cadre, on suggère que la réponse thérapeutique la plus à même de réussir puisse être la correction des biais cognitifs, mais aussi des traits de personnalité qui prennent part au développement de l'anorexie tels que la rigidité cognitive, le perfectionnisme ou l'évitement expérientiel. On propose aussi déconstruire les croyances pro-anorexie qui contribueraient au maintien dans le trouble (Schmidt et Treasure, 2006). D'autres suggèrent plutôt d'augmenter le seuil de sensibilité, pour que les sensations vécues comme intensément désagréables fassent plutôt l'objet d'une interprétation positive et soient « re-contextualized as a tool for living a valued, vital life » (Zucker *et al.*, 2013,

p. 263). En d'autres termes, il s'agit de « reprogrammer » le cerveau par un ensemble d'exercices qui visent à corriger l'un ou l'autre des biais cognitifs qui entrent en jeu dans l'anorexie et, plus largement, dans les troubles du comportement alimentaire.

Sur la question du lien social, la manière dont les neurosciences et les sciences cognitives se saisissent du problème entraîne des conséquences quelque peu ambivalentes. D'un côté, en prenant appui sur le physiologique, les neurosciences extraient le trouble de la société et de la culture qui, tout au plus, contribuent à leur donner forme; le social pointe la voie à suivre et peut encourager le maintien dans l'anorexie, mais son action n'est que superficielle, voire accessoire. De l'autre, l'étude des processus cognitifs en jeu dans l'expérience du corps et de ses sensations plonge dans la difficile question du sujet, de la relation de soi à soi et de la mise en jeu des émotions et des sensations dans la vie sociale. En investiguant les processus psychologiques qui régissent les interactions, les neurosciences contribuent à déconstruire l'illusion d'un individu autonome qui infuse l'idéologie dominante.

Qu'il soit question de l'individu anorexique ou de l'individu tout court, les neurosciences interrogent les interactions qui contribuent à donner forme à la relation qu'il entretient à lui-même et à son environnement, la manière dont il les perçoit ou les ressent et les réponses qu'il apporte à l'un ou l'autre stimulus. C'est ainsi que, sur la base de cette mécanique couplée à la notion de trait de personnalité (comme le perfectionnisme), les neurosciences cognitives et sociales tentent d'expliquer l'expérience anorexique par un phénomène biologique, l'activité neuronale. De ce point de vue, la discipline nourrit une visée totalisante. Elle tend délaisser la perspective multidimensionnelle qui fut longtemps au coeur de la conception biomédicale du problème. Elle ne prête plus attention à la saisie du phénomène par la famille, dont l'édifice théorique tend de toute façon à s'effondrer, et ne s'embarasse pas de l'analyse sociale et féministe qui ne lui semble être d'aucun secours le temps venu de définir les

stratégies thérapeutiques. En d'autres termes, on tient pour acquis que le problème est cognitif, que la solution sera cognitive et que tout le reste est secondaire. Il demeure une discipline toutefois avec laquelle les neurosciences ont engagé la conversation. À la perspective développementale élaborée dans les neurosciences se couple une perspective génétique par laquelle on explique les prédispositions de certains individus à développer un trouble alimentaire, tant sur le plan physiologique que sur le plan cognitif.

7.4 L'émergence de l'épigénétique

C'est ainsi que la conversation du biologique et du social se déplace également du côté de la génétique et, plus précisément, de l'épigénétique, soit l'étude de l'interaction des gènes avec leur environnement (Waddington, 1940, cité par Toyokawa *et al.*, 2012, p. 68). Certes, on s'intéresse depuis longtemps à l'héritabilité des troubles du comportement alimentaire et à la possibilité d'une vulnérabilité génétique. Seulement, la génétique ne suffit pas à expliquer l'apparition du trouble chez un individu donné, pas plus que l'explication par le social et la culture ne fournissent, pour la psychiatrie, une réponse entièrement satisfaisante. D'où l'intérêt que soulève le rôle de l'environnement, y compris l'environnement social, dans l'expression des gènes :

« For instance, population data strongly support environmental contributions to risk for disordered eating, but vulnerability of certain individuals within such populations and familial vulnerability is best explained by complex genetic factors that have yet to be specified. Because genes mediating vulnerability likely have their own genetic and environmental modifiers, understanding their relative and interactive contributions to illness enters into "another order of complexity" (Weatherall 2000). That is, there are likely gene-gene interactions and gene-environment interactions as well as environment-environment interactions that increase or diminish risk » (Becker *et al.*, 2004, pp. 96-97).

Une branche de l'épigénétique, qui est encore une discipline naissante, cherche à comprendre « How does the social environment “get into the mind” » (Toyokawa *et al.*, 2012), ou comment la transformation du phénotype ou de l'ADN *via* des facteurs environnementaux peut mener au développement d'un trouble psychiatrique. Certains avancent d'ailleurs que l'épigénétique pourrait apporter une réponse à la question de la vulnérabilité et permettre de comprendre pourquoi, dans des conditions semblables (comme l'exposition à l'idéal de minceur), certaines développent un trouble alimentaire et d'autres pas (par exemple Bulik, 2005). En ce sens, Campbell *et al.* (2011, p. 786) écrivent que les données actuelles « provide evidence that the risk of an offspring developing an eating disorder or obesity is altered by stressful events early in life and there is increasing evidence that the altered risk is associated with epigenetic changes ».

Strober *et al.* (2014) détaillent les différents mécanismes par lesquels l'environnement peut influencer l'expression des gènes. D'abord, le stress pendant la grossesse provoquerait le développement d'un phénotype anxieux : le seuil de résistance au stress des enfants d'une mère ayant vécu des difficultés plus importantes que la normale serait réduit, ils seraient plus prompts à souffrir d'anxiété. Strober *et al.* mentionnent par ailleurs que l'impact serait plus important chez les fœtus féminins que masculins. Déjà, un ensemble de facteurs sociaux et politiques entrent ici en ligne de compte. Des insuffisances dans l'alimentation de la mère pendant la grossesse seraient également susceptibles de jouer sur un ensemble de processus moléculaires éventuellement liés au développement des systèmes de régulation de la mémoire émotionnelle et de la peur. La recherche, à ce sujet, est encore mince et les certitudes plutôt rares, mais c'est ce que laisse croire une étude menée sur les conséquences de la famine imposée aux Pays-Bas par les Nazis pendant la Deuxième guerre mondiale (Painter *et al.*, 2005). On peut aussi imaginer que l'appartenance sociale soit susceptible d'exercer une influence sur la qualité de l'alimentation de la mère :

« Again, the point is the important role of social factors that mediate in utero diet, which in turn, and depending on the dietary component involved, can influence epigenetic mechanisms that differentially program disease risk or resilience for a variety of physical and mental health profiles » (Strober *et al.*, 2014, p. 699).

Au Québec, dans le cadre « Projet verglas » mené à l'université McGill et à l'Institut Douglas, une équipe de chercheurs a assemblé un échantillon de femmes enceintes ou sur le point de le devenir pendant la tempête de verglas qui a frappé la province en 1998, avec pour objectif de mesurer les conséquences du stress pré-natal. Un ensemble d'effets délétères a ainsi été identifié. Les mesures effectués chez les enfants participant à l'âge de 13 ans laissent apparaître un risque plus élevé que la moyenne de développer un trouble alimentaire, particulièrement la boulimie (King *et al.*, 2012).

Dans un autre ordre d'idées, certains suggèrent que l'interaction entre parents et enfants dans la petite enfance et les soins émotionnels puissent influencer l'activité hormonale des bambins, ce qui pourrait entraîner un remodelage de l'ADN et influencer le phénotype. En conséquence, « the fact that anxiety aggregates in AN families gains new significance in this light : the possibility that anxiety proneness ramifies across development via multiple biological and experiential pathways » (Strober *et al.*, 2014, p. 700, voir aussi Campbell *et al.*, 2011). Ces transformations seraient toutefois réversibles. Ici, les mutations du phénotype qui peuvent mener l'enfant à être particulièrement anxieux interagissent avec des effets purement environnementaux qui peuvent augmenter ou réduire la vulnérabilité d'un enfant aux troubles alimentaires :

« The point is, that in addition to genetic and epigenetic patho-biology, secondary mental structures and attitudes, rather than epiphenomena, are equally important evolving elements of the psychopathology : What the child "sees" – what they believe, think and "feel" – their attribution, the ingrained cognitive, attitudinal, and perceptual schemas – each become elements in larger causal chain of events needed to fully understand the whole; why each must be taken into account in explaining enduring illness in some, recovery in others » (Strober *et al.*, 2014, p. 698).

Finalement, les effets environnementaux sont à même de modifier l'ADN des cellules germinales, qui participent à la formation des spermatozoïdes et des ovules. Les transformations génétiques, positives comme négatives, induites tant chez les pères que chez les mères peuvent donc trouver leur expression chez l'enfant. Les mutations génétiques ou phénotypiques actuellement étudiées portent autant sur la régulation de l'appétit que sur la sensibilité au stress, le tempérament ou le développement émotionnel et cognitif, entre autres exemples.

« Stress is the central theme of epigenetics », mentionnent Strober *et al.* (2014, p. 701). De ce fait, dans l'étude épigénétique des troubles alimentaires, l'attention se tourne vers les « adverse life events » qui peuvent promouvoir le développement de l'anorexie ou de la boulimie (Akkermann *et al.*, 2012). Les sciences « dures » étant ce qu'elles sont, on se concentre surtout sur des événements pouvant être mesurés (par opposition à un ensemble de tensions qui envahissent de manière plus insidieuse la vie familiale) comme le divorce (Suisman *et al.*, 2011), les abus sexuels, la négligence, la maltraitance ou la pauvreté et ses conséquences (Akkermann *et al.*, 2012). On s'intéresse aux mutations génétiques qu'entraîne l'exposition au stress ou, plus souvent, à la manière dont ces événements influencent le phénotype, pour ensuite rattacher les variations dans l'expression des gènes aux divers processus biologiques et cognitifs qui peuvent entrer en jeu dans le développement d'un trouble alimentaire.

Pour Toyokawa *et al.*,

« Understanding the epigenetic consequences of social exposures stands to transform social and psychiatric epidemiology. As dynamic mechanisms by which external experiences translate into physical and psychological outcomes, epigenetic processes can serve as a bridge between the epidemiology of social environments and the biological science (Rutten & Mill, 2009) » (2012, pp. 70-71).

La génétique et l'épigénétique pourraient ainsi expliquer pourquoi certaines se montrent plus sensibles à l'injonction à la minceur et à l'idéal de beauté (Bulik, 2005). On voit de même réapparaître une variable sociologique classique, déjà évoquée plus haut : la classe sociale, ici étudiée pour mesurer le stress induit par la précarité financière chronique et ses conséquences. Dans ce cadre Suisman *et al.* mentionnent que :

« In general, researchers have not examined etiologic factors underlying associations between parental divorce and disordered eating. Divorce tends to be viewed as a stressful life event that result in the accumulation of many negative events for the offspring, such as moving, decreases in socioeconomic status, changes in schools, changing relationships with parents, decreased social support, exposure to parental conflict, and loss of contact with extended family » (2011, p. 169).

Akkermann *et al.* (2012) incluent les variables socioéconomiques comme la pauvreté et le niveau d'éducation à la liste des éléments susceptibles d'être impliqués dans le développement d'un trouble alimentaire, alors que Strober *et al.* en font des éléments qui pourraient médier, entre autres choses, la qualité de l'alimentation. Il est intéressant de remarquer que l'on tend ici à relier les troubles alimentaires au stress induit par l'appartenance aux classes sociales inférieures, rompant ainsi avec un élément fondamental du stéréotype de la femme anorexique qui a si longtemps dominé la représentation du trouble, tant dans les milieux scientifiques que dans l'imagination populaire.

Dans un autre ordre d'idées, la conversation de l'épigénétique et des neurosciences est bien engagée. L'un des objectifs de la recherche épigénétique est de saisir comment le phénotype peut entraîner des déficits dans le développement cognitif, qui peuvent à leur tour accroître la propension d'un individu à développer un trouble alimentaire (Campbell *et al.*, 2011). Mazzeo et Bulik (2008) mentionnent par exemple un biais cognitif qui pourrait entraîner les individus à porter une attention démesurée aux informations concernant le poids, le corps et la minceur, biais qui pourrait avoir des

origines à la fois génétiques et environnementales. À terme, l'objectif est non seulement de mieux comprendre les divers facteurs pouvant participer à l'apparition d'un trouble alimentaire, mais aussi de développer des thérapies appropriées par des stratégies mieux ciblées, ou encore par une intervention moléculaire apte à influencer sur les transformations épigénétiques en jeu (Strober *et al.*, 2014).

Dans ces milieux, on caresse ainsi le rêve de développer une pharmacopée destinée à traiter directement l'anorexie et la boulimie, et non plus seulement les symptômes qui leurs sont associés (par exemple les comportements obsessionnels) comme c'est le cas aujourd'hui. Ce faisant, on renonce définitivement à l'idée de penser les troubles alimentaires à partir de ou en relation avec les variations de la normativité contemporaine. L'anorexie et la boulimie deviennent des réalités biologiques produites par des processus physiologiques cohérents entre eux, qui seraient les mêmes chez chaque personne touchée. Autrement dit, on naturalise ces catégories et on leur attribue une réalité ontologique.

L'arrivée des neurosciences cognitives et sociales ainsi que de l'épigénétique accélère une tendance qui s'observe déjà ailleurs, soit l'abandon de la recherche du sens des troubles alimentaires. Non pas qu'on ait trouvé une réponse à la question des motifs ou de l'intention derrière l'anorexie et la boulimie. On met plutôt en doute la pertinence même de la question qui, en conséquence, perd son attrait. Ce faisant, on pose un tout autre regard sur la subjectivité, reléguée au second plan et soumise à des processus biologiques que l'on étudie en relation avec l'environnement dans lequel évolue l'individu.

Si ces disciplines annoncent un renouveau dans la manière dont on comprend le sujet, elles augurent également une transformation dans la manière dont, collectivement, on comprend et explique les problèmes sociaux. Les vulnérabilités individuelles que la sociologie explique à partir du genre, de la classe sociale ou du niveau d'éducation, par exemple, sont régulièrement rabattues, dans les représentations dominantes, sur les failles dans la psychologie du sujet, failles qu'il lui reviendrait de corriger. Or, l'explication biologique et neuronale qui gagne aujourd'hui en importance présente ces dimensions comme inéluctables. Il est du devoir de l'individu de « faire avec », mais celui-ci est en quelque sorte dégagé du poids de ses faiblesses qui, si elles prennent place dans sa chair même, sont néanmoins placées à l'extérieur de sa sphère de responsabilité. C'est donc un déplacement du niveau d'explication des problèmes sociaux qui s'annonce avec la biologisation grandissante des narrations de l'individu et de la société.

TROISIÈME PARTIE
Vers une sociologie de la
chair

CHAPITRE VIII

DE LA PSYCHOLOGISATION À LA BIOLOGISATION DES PROBLÈMES SOCIAUX ?

Dans les principales approches présentées dans les chapitres précédents se jouent plusieurs drames – individuel, familial, social, cognitif – auxquels seraient confrontées les anorexiques et les boulimiques. Elles font face à un drame individuel d’abord, dans lequel les femmes, à la faveur d’un contexte social particulier et d’une vulnérabilité psychologique ou biologique, adopteraient des pratiques radicales de contrôle du corps, dans une tentative désespérée de se conformer aux modèles qu’on leur impose. Ainsi l’obsession pour la minceur se mute-t-elle en un trouble psychiatrique grave. On décrit aussi un drame familial, où des relations inauthentiques et délétères piègent l’enfant, qui exprime par son corps ce qu’elle ne peut pas dire autrement et tâche par là de se libérer d’une dynamique qui l’étouffe. Lorsque le drame se transpose à l’objet psychanalytique, l’effritement des institutions et le vide symbolique ambiant convergent avec un inconscient meurtri pour former les corps anorexiques et boulimiques.

Il se jouerait également un drame social, dans lequel les femmes se trouvent assujetties aux modèles dominants de féminité ou opprimées par les dynamiques normatives contemporaines. Le corps anorexique ou boulimique traduit ce malaise et les troubles alimentaires représentent un moyen de simultanément se conformer aux attentes et d’y résister. C’est alors la société en elle-même qui devient pathogène. Avec la montée des

neurosciences, on voit aujourd'hui poindre un drame cognitif, où la relation des anorexiques et de boulimiques à leur corps, à elles-mêmes et aux autres souffre d'un dérangement neuronal qu'il importe de corriger. On retrouve donc, dans la littérature sur les troubles alimentaires, quatre conceptions de ce qui pose problème, mais aussi quatre visions différentes de ce qu'est l'individu, son rapport à la normativité et sa relation à lui-même, aux autres et à son environnement plus large.

Toutefois, au-delà des différences fondamentales entre les diverses approches des troubles alimentaires, la réflexion semble de part et d'autre évoluer en parallèle. Pour le dire rapidement, dans cette littérature, on peut identifier deux temps de la réflexion qui se succèdent. D'abord, on questionne le social en le situant en amont de l'anorexie et de la boulimie. On tente à ce moment de dégager les attributs des sociétés contemporaines susceptibles de contribuer à l'émergence de l'anorexie et de la boulimie. Cependant, les chercheurs délaissent progressivement la quête étiologique pour plutôt se pencher sur ce qui se joue une fois les troubles bien installés. Les féministes abandonnent le paradigme de l'aliénation pour s'intéresser à la position subjective des anorexiques et des boulimiques. Ailleurs, on laisse de côté l'idée d'un lien causal entre troubles alimentaires et relations familiales pour plutôt chercher à comprendre le rôle que les familles peuvent jouer dans le maintien de l'anorexie et de la boulimie. Le paradigme biomédical offre plus de résistance à l'abandon de la recherche étiologique, mais le glissement vers les neurosciences, qui s'y opère avec plus de force qu'ailleurs, transforme la manière de questionner leur dimension sociale. On remarque donc une évolution conjointe quant à la manière dont on pose les questions et formule les hypothèses autour de la place du social dans les troubles alimentaires. Cette littérature montre, ce faisant, sa grande sensibilité au contexte dans lequel elle est produite. Derrière l'éclatement apparent des interprétations proposées, on retrouve des préoccupations et des inquiétudes semblables quant à ce qui, dans la relation de

l'individu à la société, pourrait pousser des jeunes femmes dans le piège des troubles alimentaires.

L'examen des mutations simultanées des différents courants d'analyse laisse apparaître une transformation dans la représentation de l'individu et de son rapport à la norme, mais révèle aussi les changements en cours dans la manière dont on rend compte des problèmes sociaux, de leurs causes et des réponses à leur apporter. À ce propos, à la psychologisation de la vie sociale semble aujourd'hui s'ajouter une biologisation des récits autour des épreuves individuelles et des problèmes sociaux. Si certains y voient une révolution, cette nouvelle narration du lien social semble marquer une inflexion beaucoup plus qu'une rupture dans le discours, en ce sens qu'elle laisse intacte les grandes injonctions qui organisent aujourd'hui la vie collective. C'est à ces divers mouvements que je m'intéresserai ici.

8.1 Une critique en deux mouvements de la normativité

Dans la première vague de travaux sur la dimension sociale des troubles alimentaires, qui s'étire plus ou moins jusqu'à la fin des années 1980, l'héritage des théories psychanalytiques se marie aux diverses figures de l'aliénation pour présenter l'anorexie comme la version édulcorée d'un « soi » qui serait entravé dans l'expression de sa vérité. L'adolescente anorexique, réfugiée dans sa maigreur, serait en vérité étrangère à elle-même. On se préoccupe de l'inconsistance de la norme, de sa mollesse, mais aussi du caractère déstructurant des transformations sociales en cours. Les inquiétudes que l'on exprime quant à l'impact potentiel de la transformation des rôles féminins ne relèvent pas seulement d'une misogynie latente, comme le suggèrent Vander Ven et Vander Ven (2003, cf. section 1.5), mais s'inscrivent dans un propos plus large sur la métamorphose du tissu social qui survient à la fin des Trente Glorieuses. C'est

d'ailleurs plus ou moins à cette époque que la sociologie situe la transition d'une modernité à une autre et la mutation conséquente de l'individualisme, qui irait de pair avec ce que certains perçoivent comme un affaiblissement des institutions (cf. section 2.8).

Dans ce cadre, le discours sur la dimension sociale des troubles alimentaires est imprégné d'une vision plus ou moins claire de l'aliénation, une notion alors en vogue. Outre les préoccupations en lien avec l'inauthenticité de l'existence des anorexiques, les craintes que l'on exprime quant à la corruption du système normatif ne sont pas étrangères aux usages sociologiques de l'anomie et aux malaises que le concept vise à traduire. Certes, dans la littérature sur les troubles alimentaires, les propos sur la norme, son effritement ou son inconsistance demeurent hypothétiques. On interprète, on spéculé, on suggère, mais on ne mène pas d'examen systématique de la relation entre l'anorexie et l'état du lien social. C'est cependant cette faiblesse du propos qui nous permet, à travers lui, d'observer le social à l'oeuvre.

À cette époque, on s'intéresse aux effets des transformations politiques, économiques et sociales sur les anorexiques et, dans une moindre mesure, sur leurs mères, mais jamais sur les pères et leur rôle tant professionnel que familial. Quand on traite des mutations qui touchent la vie domestique, on s'inquiète de l'affaiblissement ou de la corruption du groupe familial qui, étant aux premières lignes de la socialisation, échouerait à fournir aux jeunes femmes un support stable sur lequel elles pourraient appuyer leur développement psychologique. Quant aux transformations économiques, on réfléchit à la fois l'impact qu'elles ont sur la vie familiale et la pression supplémentaire qu'elles font peser sur les jeunes femmes, qui se voient désormais confrontées à une multitude de voies professionnelles entre lesquelles il leur faut choisir.

Dans ce cadre, l'anorexie est présentée comme une conséquence plus ou moins directe du flottement normatif ambiant, qui crée incertitude et frustration dans un contexte où les transformations économiques s'accompagnent d'une radicalisation des standards esthétiques. Le thème des transformations économiques infuse d'ailleurs la littérature sur les troubles alimentaires hors de l'Occident, que l'on associe invariablement à une modernisation et une occidentalisation de la société, le problème étant ici encore l'incertitude qui accompagne ces transitions sociales, culturelles, politiques et économiques. On trouve également dans ces discours des traces de la lecture mertonienne de la déviance, dans la mesure où l'anorexie est présentée comme un moyen mal choisi de se conformer aux attentes sociales. On s'appuie ici sur une analyse du contenu symbolique de la minceur pour montrer comment elle est mobilisée à la fois comme moyen d'atteindre ces buts, mais aussi de leur donner corps. Ainsi en va-t-il, par exemple, de la nécessité pour les femmes de faire carrière, de séduire et de « bien » se marier, de demeurer le pilier de la vie familiale et, plus généralement, d'être à la fois compétitives, performantes et de faire bonne figure face à une société toujours prête à juger.

La littérature sur l'anorexie des années 1970 et 1980 porte ainsi un message sur la cohérence nécessaire des prescriptions normatives, sur ce que devrait être le contenu de la norme, mais aussi sur la manière dont l'individu devrait se poser face au monde. On peut se rappeler ici toute l'analyse qui tourne autour de l'authenticité du soi et de la communication familiale, qui implique que l'individu puisse tenir un discours univoque et transparent sur lui-même et sur les relations qu'il entretient. On condamne par ailleurs assez directement les détours qu'empruntent les anorexiques pour se conformer aux normes sociales et on profite de l'occasion pour prôner une franche critique ou une action directe. On place également aux sources des troubles alimentaires une faiblesse de la norme, un univers en constante mutation où les certitudes s'effritent et les attentes contradictoires se multiplient.

Dans les années 1990 toutefois, le discours sur le social opère un revirement complet. Le problème n'est plus que la norme est faible et incohérente, mais bien qu'elle s'abat avec trop de force sur l'individu, alors malade de conformité. Pour les tenants du modèle socioculturel, l'injonction à la minceur est omniprésente et pousserait plus ou moins directement l'individu vulnérable vers les troubles alimentaires. Pour ceux – et surtout celles – qui étudient l'anorexie et la boulimie à partir du social, les troubles alimentaires sont la conséquence logique des modèles dominants de féminité qui engendreraient le développement d'une subjectivité malade. En ce sens, les troubles alimentaires ne sont plus lus comme une réponse pathologique à un vide normatif, mais comme l'aboutissement logique de la norme en elle-même. Le problème devient alors celui d'un trop-plein normatif.

Si la première vague de travaux sur les troubles alimentaires dessine un individu désorienté et aveugle aux pressions qui s'exercent sur lui, le regard que l'on porte plus tard montre un individu malade de trop s'accrocher à la norme. Dans ce cas, la figure d'un individu sain est celle d'une personne apte à maintenir une saine distance face aux normes et pressions sociales. De ce point de vue, les femmes qui souffrent d'un trouble alimentaire enfreindraient deux fois la norme. D'un côté, elles échoueraient à incarner la figure idéale de l'individu moderne, un individu « maître et seigneur de lui-même », capable de se « tenir de l'intérieur » (Martuccelli, 2002, pp. 44-45). Lorsque les troubles alimentaires sont lus comme une conséquence directe de l'injonction à la minceur ou de la convergence de divers courants discursifs, on présente les femmes qui en souffrent comme étant hautement dépendantes du social et de ses règles. Ainsi, en échouant à maintenir la distance nécessaire entre l'individu et le social, elles contreviendraient à la règle. Cette première infraction serait donc un problème de la société à qui il reviendrait, paradoxalement, de former des individus capables de prendre leurs distances envers les normes qu'elle définit et qui la définissent. C'est l'échec de la société à combler ses insuffisances qui se révèle ici toxique. D'un autre

côté, et d'une manière quelque peu paradoxale, c'est en refusant de s'alimenter ou de se plier aux désirs de la famille et des médecins, en se comportant, au quotidien, en suivant leur propre échelle de valeurs, que ces jeunes femmes enfreindraient une fois encore à la norme, parce que, ce faisant, elles se dégagent de l'ordre collectif.

Les développements les plus récents opèrent toutefois une rupture nette avec les travaux des quarante dernières années, exception faite du regard porté par la psychanalyse française. Partout, on abandonne la recherche, dans le social, des causes de l'anorexie et de la boulimie, pour plutôt étudier les relations et dynamiques qui en participent, avec un fort accent mis sur le processus de rémission. En la matière, c'est l'émergence des neurosciences cognitives et sociales qui marque la scission la plus claire. En cherchant à identifier le substrat biologique de l'expérience subjective de l'anorexie et de la boulimie, non seulement elles dessinent une image encore inédite de l'individu, mais elles semblent annoncer une transformation dans la manière de penser les problèmes sociaux.

8.2 Problèmes publics et problèmes sociaux

Comme nous l'avons vu, il est aisé de démontrer que l'anorexie et la boulimie relèvent de la déviance. Cependant, à bien des égards, la question de leurs racines sociales n'a pas été élucidée. Quant à savoir si elles appartiennent au domaine des problèmes sociaux, la réponse semble relever de l'évidence. Toutefois, dès qu'on observe la situation de plus près, tout se brouille. Les pratiques qui font les troubles alimentaires ont une forte résonance culturelle et sociale, mais elles se mettent en place à l'échelle individuelle et tendent à demeurer dans l'espace privé. Avant, si on pouvait s'intéresser aux significations de ces pratiques, on les décrivait avant tout comme une souffrance de l'individu qui heurte également son entourage proche. En ce sens, si l'anorexie et la

boulimie comptent bien au nombre des problèmes sociaux, une ambiguïté persiste quant aux raisons qui justifient cette appellation.

D'une certaine façon, l'identification des problèmes sociaux par la sociologie autant que par les différents acteurs appelés à intervenir semble être une opération intuitive. Pour un certain courant de la discipline, les problèmes sociaux sont ceux qui sont construits comme tels dans l'espace public (par exemple Gusfield, 1981, 1996). Lorsque cette définition est mobilisée, les « *social problems* » en anglais deviennent en français des « problèmes publics » (Cefaï, 1996; Neveu, 1999). À ce sujet, Neveu (1999, p. 2) écrit :

Un « problème public » (ou « social problem ») n'est rien d'autre que la transformation d'un fait social quelconque en enjeu de débat public et/ou d'intervention étatique. Du plus tragique au plus anecdotique, tout fait social peut potentiellement devenir un « problème social » s'il est constitué par l'action volontariste des divers opérateurs (Presse, Mouvements sociaux, Partis, Lobbies, Intellectuels...) comme une situation problématique devant être mise en débat et recevoir des réponses en termes d'action publique (budgets, réglementation, répression...).

Si les deux termes sont régulièrement utilisés comme synonymes, il semblerait que tout problème public soit un problème social, mais qu'il puisse subsister des phénomènes à la fois sociaux et problématiques qui, faute d'attention ou d'intervention publique, échappent à cette catégorie.

Suivant cette définition, les troubles alimentaires paraissent bien être des problèmes publics. À cet effet, on peut noter en France la proposition en 2008 d'une loi « visant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie¹⁷ », débattue à l'Assemblée nationale mais à l'époque rejetée. L'essence de cette proposition, qui vise d'abord les auteurs de sites Internet « pro-anorexie », se retrouve

¹⁷ www.senat.fr/leg/pp107-289

toutefois dans un amendement du « Projet de loi de modernisation de notre système de santé », adopté par l'Assemblée nationale en avril 2015¹⁸. On y lit, pour l'essentiel, que

le fait de provoquer une personne à rechercher une maigreur excessive en encourageant des restrictions alimentaires prolongées ayant pour effet de l'exposer à un danger de mort ou de compromettre directement sa santé est puni d'un an d'emprisonnement et de 10 000 € d'amende¹⁹.

Le même projet de loi contient également un article qui vise à interdire l'apparition publique de mannequins trop maigres. S'il est adopté par le Sénat, il devrait mener à l'introduction de nouvelles dispositions au Code du travail²⁰, qui viendraient entre autres définir un indice de masse corporelle en deçà duquel ces femmes ne seraient pas autorisées à travailler. Une loi semblable a d'ailleurs été votée en Espagne en 2006. Ces modifications à la politique de santé française ont pour objectif explicite de contribuer « à la prévention et au diagnostic précoce de l'anorexie mentale et des troubles des conduites alimentaires, notamment en luttant contre la valorisation de la minceur excessive²¹ ». Ce que l'on observe ici, c'est l'action des différents acteurs réputés participer à la promotion ou au développement de l'anorexie ou d'un trouble alimentaire passer dans le domaine criminel.

En France, en Espagne et en Italie, entre autres exemples, le milieu de la mode se mobilise sur une base volontaire pour éliminer le spectacle de la maigreur extrême qui se tient sur ses planches, dans ses publicités et dans ses commerces. De part et d'autre, on fixe un indice de masse corporelle à maintenir par les mannequins et on définit la taille minimale des femmes qui apparaissent en vitrine ou sur les affiches qui envahissent aujourd'hui l'espace public. Dans tous ces cas, l'objectif explicite de ces

¹⁸ Cette disposition a finalement été évacuée de la Loi promulguée en janvier 2016

¹⁹ www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/1052.asp

²⁰ www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/amendements/2673/AN/2310.pdf

²¹ www.senat.fr/leg/pjl14-406.html

actions est de contribuer à prévenir l'anorexie mentale et, plus marginalement, la boulimie et les autres troubles alimentaires.

Au Québec, en 2009, un comité de travail a été créé sous l'égide de la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, dont l'objectif était de rédiger une charte d'engagement volontaire qui deviendra la « Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée (CHIC) ». Comme l'indique son site Internet, la charte a pour objectif de « promouvoir une image corporelle saine et diversifiée », de « favoriser l'engagement du milieu de la mode, de la publicité, des médias, de la vidéo, de la musique, de la santé, de l'éducation et du gouvernement » ainsi que d'encourager « la mobilisation de la société autour de l'image corporelle, des problèmes liés à la préoccupation excessive à l'égard du poids, de l'anorexie nerveuse et de la boulimie²² ». Finalement, le Canada²³, les États-Unis²⁴ et la Grande-Bretagne²⁵, pour ne nommer que ces pays, ont chacun leur semaine de sensibilisation aux troubles du comportement alimentaire, qui visent surtout à démystifier l'anorexie et la boulimie, à sensibiliser la population à leur réalité et à favoriser leur repérage précoce. De ce point de vue, l'anorexie et la boulimie sont bien des problèmes publics à classer dans la même catégorie que le modèle esthétique dominant et l'injonction à la minceur, qui demeurent les domaines d'action privilégiés des gouvernements. Or, si l'anorexie et la boulimie apparaissent ici clairement comme des problèmes publics, il n'est toujours pas clair qu'ils soient bien des problèmes sociaux.

De fait, si on laisse de côté les problèmes publics pour se concentrer sur les problèmes sociaux, un détour par l'interactionnisme symbolique s'impose. La vision des problèmes sociaux qui s'y développe est subordonnée à une théorie de la déviance,

²² <http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=363>

²³ <http://semainetroublesalimentaires.com/>

²⁴ <http://nedawareness.org/>

²⁵ <http://www.b-eat.co.uk/support-us/eating-disorder-awareness-week>

définie comme la transgression, par des groupes, des normes sociales en vigueur. Dans ce cadre, une déviance devient un problème social parce qu'elle est étiquetée comme tel (Becker, 1966). De la même manière que, pour les auteurs mentionnés plus haut, les problèmes publics sont d'abord une « configuration narrative » (Cefaï, 1996, p. 48), les problèmes sociaux « are not the result of an intrinsic malfunctioning of a society but are the result of a process of definition in which a given condition is picked out and identified as a social problem » (Blumer, 1971, pp. 301-302). Comme l'écrit encore Blumer (1971, p. 302),

« The most casual observation and reflection shows clearly that the recognition by a society of its social problems is a highly selective process, with many harmful social conditions and arrangements not even making a bid for attention and with others falling by the wayside in what is frequently a fierce competitive struggle ».

Autrement dit, toute déviance n'est pas un problème social, et il peut exister des souffrances qui plongent leurs racines dans la société, mais qui ne sont pas pour autant reconnues comme problème social. Ici, c'est autant les dynamiques qui participent à l'identification et à la définition des problèmes sociaux que les processus intrinsèques à ces phénomènes qui soulèvent l'intérêt des chercheurs.

8.3 Au-delà du concept de problème social

Si cette approche a gagné ses lettres de noblesse et fonde aujourd'hui encore le travail de nombreux sociologues, elle a néanmoins, à certains égards, atteint ses limites. Otero argue à cet effet que la « lecture populationnelle » qui la sous-tend, qui suppose l'existence de groupes non conformes « relativement autonomes et intrinsèquement cohérents » (2012b, paragraphe 3) dont l'existence n'a pourtant pas été démontrée, fait aujourd'hui obstacle à l'analyse des transformations sociales en cours. Ces difficultés

se posent entre autres parce que cette lecture « véhicule la perception que certaines défavorisations, différences et comportements sont l'apanage de certaines catégories ou de certains groupes de personnes » (2012b, paragraphe 4).

Pour surmonter les limites inhérentes à cette lecture, Otero propose d'opérer un passage analytique et de délaissier l'étude des populations « problématiques » au profit des dimensions « problématisées ». Il suggère de reformuler la question des problèmes sociaux « afin d'appréhender davantage des dimensions qui sont “socialement problématisées” plutôt que des populations qui sont désignées comme “socialement problématiques” » (2012b, paragraphe 57), comme peuvent l'être les toxicomanes, les prostituées ou les itinérants, souvent regroupés dans des ensembles homogènes qui brouillent inévitablement le regard que l'on porte sur ces phénomènes.

Les écueils de la lecture populationnelle fragilisent la base même de la définition publique des problèmes sociaux. Cette vision est généralement inhérente à la fois aux discours sur ces questions qui circulent dans les médias et à l'action gouvernementale ou étatique. En la matière, Otero note que, aujourd'hui encore, « le principal critère d'appréhension des problèmes sociaux dont les racines relèvent davantage des caractéristiques générales de la socialité ordinaire que des caractéristiques des individus ou des groupes intrinsèquement problématiques » est la :

nécessité « viscéralement » normative d'intervenir, c'est-à-dire cette conviction, voire cette injonction quasi-naturelle du « il faut agir » sur des phénomènes aussi divers que la toxicomanie, le décrochage scolaire, la prostitution ou l'itinérance (2012b, paragraphe 19).

En d'autres termes, ce n'est pas le caractère déviant ou social d'un problème qui permet de l'inclure au nombre des problèmes sociaux, mais bien la manière dont il interfère avec la socialité ordinaire.

Pour échapper aux difficultés que pose l'analyse des populations désignées comme problématiques, Otero propose de privilégier l'étude des dimensions socialement problématisées, qu'il regroupe en quatre catégories : les *défavorisations*, les *différences*, les *handicaps* et les *comportements problématisés*. Cette posture permet de concentrer le regard sur *ce qui* pose problème, et non plus sur *qui* pose problème et ainsi de mobiliser les problèmes sociaux pour supporter l'analyse sociologique des mutations sociales contemporaines. Si l'on questionne l'anorexie et la boulimie suivant cette approche, la manière dont elles dérangent la socialité ordinaire est mise au jour, et les troubles alimentaires apparaissent clairement comme relevant du social problématique.

Ainsi, en regard des *défavorisations problématisées*, dimension qui « renvoie aux conditions socioéconomiques d'origine structurelle ou processuelle qui portent atteinte objectivement aux conditions générales de vie des personnes ou des groupes » (2012b, paragraphe 59), l'anorexie, plus encore que la boulimie, détonne d'avec les autres problèmes sociaux, en ce que la représentation toujours dominante en fait un problème des classes supérieures. Ce n'est donc plus la défavorisation qui se voit problématisée, mais bien son exact opposé, une situation privilégiée. Les corps anorexiques et boulimiques qui, nous l'avons vu dans le chapitre II, sont construits comme étrangers ou rejetés hors du social normal et acceptable, peuvent quant à eux être inclus dans la catégorie des *différences problématisées*, qui réfèrent aux « manières d'être ou de paraître statistiquement sous-représentées, étranges ou étrangères et susceptibles de susciter l'étonnement, le rejet, la discrimination, la stigmatisation ou le mépris » (2012b, paragraphe 60). Le thème des *handicaps problématisés* n'appartient pas, ou très marginalement, à la définition des troubles alimentaires comme problème social, et les anorexiques, si elles peuvent rencontrer des entraves à leurs activités qui leur imposent de s'adresser à l'État pour assurer leur existence matérielle, refusent généralement cette étiquette (Tierney, 2001). C'est surtout autour de la quatrième et

dernière dimension, les *comportements problématisés*, que s'organise la représentation des troubles alimentaires comme problèmes sociaux. Autant les pratiques de purge que de privation soulèvent, chez l'entourage des femmes touchées comme dans la population plus large, un ensemble d'affects qui donnent la touche « viscérale » à la « nécessité normative d'intervenir » (Otero, 2012b).

En conséquence, si les troubles alimentaires relèvent manifestement du registre des problèmes sociaux, ce n'est pas en raison de leurs causes, mais bien par la manière dont ils s'inscrivent à distance de la socialité ordinaire. Toute la littérature scientifique sur leur dimension sociale vient en ce sens expliciter comment ils prennent racine dans la société et la culture, mais surtout à quelle distance de la norme ils se situent, laquelle définit leur statut comme pathologie et comme problème social. Cette littérature représente en ce sens un échantillon des discours tenus dans l'espace public qui participent à leur constitution en problème social, mais elle se distingue par le fait qu'elle ne souligne pas seulement la nécessité d'agir sur la situation, mais dicte aussi les dimensions sur lesquelles intervenir et la manière de le faire, entre autres par l'élaboration de protocoles et de stratégies thérapeutiques. C'est donc d'un côté par la représentation qu'on y offre de la relation des troubles alimentaires à la société et à la culture, et de l'autre par les solutions qu'on y propose, que la littérature scientifique étudiée ici informe la manière dont on saisit les problèmes sociaux aujourd'hui, ainsi que les transformations survenues dans ce domaine dans les cinquante dernières années.

8.4 Individualisme, autonomie et responsabilité

Depuis le début des années 1980, un large pan de la sociologie, du moins de la sociologie française, s'organise autour du triangle individualisme-autonomie-

responsabilité. Il s'agit d'étudier et, parfois, de dénoncer, ce que Ehrenberg (2010) a nommé le « tournant personnel de l'individualisme ». Cette proposition repose sur le constat que l'individu est aujourd'hui libéré des dominations traditionnelles, que les rôles et exigences d'antan se sont éclipsés. Comme son destin n'est plus tracé d'avance, il se trouve en position d'être l'auteur de son existence et se voit « contraint » à l'autonomie. L'idéologie dominante veut désormais que chacun écrive et respecte ses propres règles. En sociologie, le thème se décline de deux manières distinctes.

Il y a d'abord ce que Ehrenberg (2010) nomme une « sociologie individualiste », dans laquelle on constate et déplore le repli de l'individu sur lui-même et où l'on « caractérise l'autonomie par la série personnel-psychologique-privé » (2010, p. 15). C'est la définition de l'individualisme au sens négatif du terme, celui qui laisse planer la menace de la dissolution ou de l'effritement du social, d'une société faite d'individus qui ne savent plus faire lien. Un autre courant sociologique – que Ehrenberg nomme une « sociologie de l'individualisme » – saisit plutôt ces transformations comme autant de mutations de l'individu qui, s'il se décline de plus en plus en termes psychologiques, n'a pas pour autant cessé d'être un fait social. Comme l'écrit Ehrenberg, « ce n'est pas parce que la vie humaine apparaît plus personnelle aujourd'hui qu'elle est moins sociale, moins politique ou moins institutionnelle. Elle l'est autrement » (2010, p. 15).

Dans ce cadre, la sociologie de l'individualisme étudie l'émergence de « l'individu psychologique » (Martuccelli, 2005, 2007) et la psychologisation du social comme un fait de société à part entière. Comme la définit Martuccelli, la psychologisation du social :

désigne l'expansion tous azimuts d'une série de représentations ou de pratiques sociales exigeant le recours au discours psychologique comme grille de lecture des phénomènes contemporains, qu'il s'agisse du rôle de la vulgate « psy » dans notre saisissement ordinaire de la vie sociale, de l'émergence de nouveaux troubles psychologiques ou de la

prolifération de nouvelles thérapies de l'âme et de leur rôle croissant dans le contrôle social (2005, p. 43).

Cette nouvelle forme de l'individualisme est indissociable de la généralisation de l'autonomie comme injonction et comme idéal. L'individu est poussé à prendre en main son destin, à réfléchir comme à infléchir son parcours à partir de ses qualités propres ou de ses ressources internes. Les difficultés de l'existence seront donc en toute logique expliquées et affrontées en termes psychologiques, ce qui est en soi une nouveauté historique. Comme le note Ehrenberg ces problèmes ordinaires, aujourd'hui compris dans un langage psychologique, « étaient énoncés, il y a encore peu, dans un langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité. Cette subjectivation généralisée est une *forme sociale et politique* » (1995, p. 23). De ce fait, ce ne sont pas seulement les écueils de la vie intime, mais aussi les problèmes sociaux plus larges qui sont saisis à partir de leur dimension psychologique. L'individu est alors invité à « travailler sur lui-même » pour combler les lacunes du social; c'est ainsi que l'on offre des cours de croissance personnelle aux chômeurs ou que l'on invite les déshérités de tout acabit à rehausser leur estime de soi :

non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RMI, la relation entre employés et clients ou usagers, etc.) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale (Ehrenberg, 2005, p. 19).

C'est donc dire qu'on tend de plus en plus à saisir les problèmes sociaux en termes de santé mentale, par opposition à un langage « moral et social » (Martuccelli, 2007, p. 32), ce qui définit par avance le niveau d'intervention. Cette situation n'échappe d'ailleurs pas aux chercheurs en travail social, qui doivent composer au quotidien avec l'individualisation des stratégies d'intervention et des politiques sociales (Bresson, 2012; Lapierre *et al.*, 2011; Parazelli, 2012a, 2012b). C'est dans ce contexte que se développe toute une littérature sur la « souffrance sociale », par laquelle on cherche à

rendre compte de la « vulnérabilité structurelle [qui] se donne socialement à voir sous la forme de blessures individuelles » (Soulet, 2007, p. 13). À cet égard, l'analyse du social par la souffrance permet de réunir l'expérience individuelle et le fait collectif en ce que, par le langage de la souffrance psychique, on met en relation « malheur personnel et relations sociales perturbées [...], unissant ainsi le mal individuel et le mal commun » (Ehrenberg, 2011, p. 559).

Toujours d'un point de vue politique, pour Martuccelli (2004), l'injonction à l'autonomie et son corrélaire, la responsabilisation, participent toutes deux des mécanismes de domination contemporains. Il importe ici de s'arrêter rapidement sur la définition des termes. Ici,

l'injonction apparaît plutôt, dans sa définition minimale, comme un ordre formel auquel on doit se soumettre. Le noyau de l'injonction, comme manifestation de la domination, réside cependant moins dans la norme (toujours implicite) qu'elle impose, que dans son souci d'impliquer les individus en tant qu'acteurs à leur « redressement », leur « amélioration », leur « soin », leur « rattrapage », leur « épanouissement » ou leur « développement » (2004, p. 485).

L'injonction à l'autonomie représente en ce sens une « norme d'intériorité creuse » et, « sans imposer de contenu précis, [elle] en appelle simplement à ce que l'individu, en tant qu'acteur, prenne des décisions autonomes » (2004, p. 485). La responsabilisation est indissociable de la figure de l'individu autonome et acteur de sa propre vie. Elle « suppose que l'individu se sente, toujours et partout, responsable non seulement de tout ce qu'il fait (notion de responsabilité), mais également de tout *ce qui lui arrive* (principe de responsabilisation) » (2004, p. 479). Dans cet esprit, Ehrenberg (2005) suggère que la mobilisation de la souffrance pour exprimer l'éventail des difficultés aux racines sociales que chacun est appelé à rencontrer opère à la faveur de la responsabilisation de l'individu, réputé être seul maître de son destin. Les rencontres successives avec les écueils du social sont en ce sens vécus comme autant d'échecs personnels. À la responsabilisation correspondrait donc une « insécurité personnelle de

masse » (2005, p. 30), sur laquelle s'appuierait l'infiltration sans précédent du vocabulaire de la santé mentale comme analyseur du vécu ordinaire et quotidien.

L'interprétation des maux de l'existence en termes de santé et de maladie mentale est en quelque sorte le versant sombre de la responsabilisation. Dans la mesure où celle-ci oblige les individus « à intérioriser, sous forme de faute personnelle, leur situation d'exclusion ou d'échec » (Martuccelli, 2004, p. 479), c'est par ce vocabulaire que s'exprime la souffrance (sociale) ainsi engendrée. En d'autres termes, l'individu est réputé, à ses propres yeux et aux yeux des autres, être le seul responsable de son devenir. Lui seul récolte la gloire de ses succès, mais il porte également le poids entiers de ses échecs. Les références aux dynamiques sociales à l'oeuvre – hors de son contrôle – sont exclues de la trame narrative par laquelle il fait sens de son existence. L'individu se trouve alors pris entre l'arbre et l'écorce, investi du devoir de se prendre en charge mais néanmoins ballotté par des dynamiques politiques, sociales ou économiques qui lui échappent, avec lesquelles il doit composer mais qui sont frappées d'un interdit de penser. C'est cette ambivalence et cette contradiction qui se décline en France sous le thème du « malaise » (Ehrenberg, 2010, 2011), dont la sociologie cherche à rendre compte par le concept de souffrance sociale.

L'individu étant désigné et se pensant lui-même comme coupable dans la création de son propre malheur, il cherchera dans son for intérieur les failles et les faiblesses qui peuvent ou qui ont pu entraver sa réussite. C'est ainsi que les difficultés du lien social se traduisent de plus en plus dans le registre « psy », dans les mots de la psychologie, de la psychiatrie et de la santé mentale. C'est en toute logique par l'introspection, le travail sur soi ou la « croissance personnelle » (par opposition à la mobilisation politique, à l'organisation syndicale ou à la participation aux luttes sociales) qu'on enjoint l'individu à surmonter les épreuves qui se dressent devant lui. À lui seul revient la responsabilité de « se prendre en main » – une expression chère aux psychologues et

thérapeutes de toutes les orientations (Otero, 2003, 2005). Cependant, si l'individu tend de plus en plus à se réfléchir hors de la société, ce fait même n'en est pas moins social, le fruit de transformations institutionnelles, le résultat des mutations de l'individualité, l'expression d'une nouvelle manière de se lier les uns aux autres en mettant de l'avant ses affects et son intériorité. Cette responsabilisation de l'individu n'en est pas moins une forme nouvelle de domination et d'aliénation, qui va de pair avec la conception néolibérale de l'État, l'individualisation des politiques sociales qui en résulte, et la culpabilisation plus encore que la responsabilisation de ceux qui dépendent de ses protections pour assurer leur existence.

8.5 De l'individu psychologique au récit neurologique

Cette mise en forme du problème de l'individualisation ou de la psychologisation de la vie sociale est en grande partie spécifique à la sociologie francophone²⁶. Des tensions semblables traversent néanmoins tout l'Occident, bien qu'elles soient sensibles aux variations culturelles. Sous une forme ou sous une autre, la tension autonomie-responsabilité traverse l'expérience contemporaine de l'individualité et infuse le traitement des problèmes sociaux par la société civile, l'État et ses divers organes. C'est donc sans surprise que la question de la responsabilité se lise en filigrane de la littérature sur les troubles alimentaires, où elle est intimement liée au problème de l'intention exposé dans les chapitres précédents.

On l'a vu, dans l'essentiel de la littérature, on appuie les troubles alimentaires sur une vulnérabilité psychologique. Dans la saisie médicale de la question, cette fragilité de l'individu explique sa réceptivité accrue aux exigences esthétiques, l'adoption des

²⁶ Pour une comparaison de la manière dont on traite de la relation entre malaises individuels et collectifs en France et aux États-Unis, voir Ehrenberg (2010).

pratiques visant à s'y conformer et le basculement dans la pathologie. L'identification de ces faiblesses et de leurs origines semble par ailleurs être une tâche incontournable du cheminement thérapeutique. De même, peu importe l'approche adoptée, d'une manière ou d'une autre, l'autonomie est toujours célébrée. D'un côté, on en déplore l'absence, qui serait le symptôme d'un mauvais développement psychologique. De l'autre, on souligne le caractère héroïque de celles qui parviennent à subvertir des normes jugées toxiques pour vivre selon leurs propres règles. Toutefois, nous l'avons vu, les dynamiques comme les motifs ou les intentions derrière les pratiques anorexiques et boulimiques demeurent le plus souvent opaques aux principales intéressées. Il est également apparent, à la lumière des témoignages disponibles, que les femmes anorexiques et boulimiques ne voient que trop bien la détresse qu'elles causent à leurs proches. Elles-mêmes en souffrent d'ailleurs, constatant leur incapacité à changer leurs pratiques, à se défaire de leur maladie et à sortir du marasme dans lequel tous sont embourbés.

La culpabilité qu'elles expriment et ressentent représente un poids de plus au fardeau qu'elles portent déjà et duquel, malgré leurs efforts, elles ont peine à se libérer. Si l'analyse des troubles alimentaires est enrobée d'un discours sur les normes de beauté et l'obsession pour la minceur, la voie royale vers la guérison est toujours l'introspection et l'examen de soi. Alors que les modèles esthétiques sont perçus comme un piège, ce n'est qu'en examinant leur for intérieur que ces femmes pourraient comprendre pourquoi elles s'y sont laissées entraîner. L'individu, dans ce contexte, est pris avec lui-même. Il ne lui est pas permis de regarder ailleurs pour rendre compte de sa souffrance et son champ d'action se limite à sa propre personne. On ne lui offre aucun échappatoire.

Mais voilà que les neurosciences cognitives et sociales s'invitent à la fête, transformant radicalement le problème de l'intention et la manière dont on pose la question du social

dans les troubles alimentaires. Le revirement est rapide et massif. On laisse de côté les dynamiques psychologiques, l'adhésion aux modèles de beauté ou les travers de la féminité pour s'intéresser aux émotions, aux sensations et aux processus cognitifs qui font l'anorexie et la boulimie. On mesure la peur que ressentent ces femmes à la vue de corps maigres ou, pire, plus maigres que le leur. On s'intéresse aux difficultés qu'elles rencontrent dans leurs interactions quotidiennes ou à leur aptitude à manifester leurs émotions et à reconnaître celles des autres. On étudie les diverses dimensions de leur expérience sensorielle. Ce faisant, il n'est pas tant question d'établir une relation de cause à effet entre l'environnement social et familial et les troubles alimentaires que de mettre en lumière les processus cognitifs qui en participent et d'identifier leur corrélat biologique. Il en va de même pour l'épigénétique, qui tâche d'identifier les gènes qui peuvent accroître la vulnérabilité d'un individu à diverses maladies – les troubles psychiatriques inclus –, mais surtout les événements et les formes de stress susceptibles d'accroître cette vulnérabilité.

C'est ainsi que ce que l'on attribuait autrefois à un défaut psychologique tend de plus en plus à être rapporté à un ensemble de processus biologiques qui fonderaient l'expérience de soi et du monde. Pour le dire autrement, si le discours psychologique domine toujours largement la scène, un récit neurologique semble être en voie de prendre la place des dominations et des inégalités sociales, politiques et économiques dans le récit des déterminants supra-individuels des difficultés de l'existence. Seulement, ces facteurs qui autrefois dépassaient l'individu sont aujourd'hui profondément ancrés en lui, à même sa chair et son cerveau.

Ceci a, par rapport à la question de la responsabilité, un certain nombre de conséquences. Ce nouveau récit permet à l'individu d'objectiver la source de ses souffrances et de ses défaillances, au moins partiellement renvoyées hors de sa subjectivité. L'individu psychologique ne porte plus seul le poids de ses actions.

Toutefois, qu'importe que l'individu soit partiellement libéré de sa responsabilité comprise comme culpabilité, il n'en est pas moins responsabilisé, c'est-à-dire qu'il n'est pas exonéré de l'impératif de se prendre en main. S'il est possible de développer une représentation fataliste de sa situation – l'individu captif de son cerveau (Ehrenberg, 2004) –, l'hypothèse d'une plasticité neuronale lui dégage une possibilité d'action (Rose et Abi-Rached, 2014). S'il le veut bien – il le doit – il lui est possible d'agir pour corriger les biais cognitifs ou les déséquilibres chimiques qui participent de sa vulnérabilité et de ses faiblesses. À la rigidité cognitive des anorexiques, on associe par exemple la possibilité d'un « assouplissement cognitif ». On propose de modifier les seuils de sensibilité aux sensations désagréables ou de modifier les sentiments provoqués par une situation donnée. Bref, on envisage de « reprogrammer » le cerveau, de manière à transformer les processus qui participent des troubles alimentaires comme des autres désordres psychiatriques.

On pourrait donc intervenir pour modifier le cerveau un peu au même titre que l'obèse peut veiller à adopter de « saines habitudes de vie » pour se défaire de ses kilos en trop. C'est donc dire que si ces disciplines émergentes permettent de rendre compte des défauts de l'individu à partir de facteurs externes à sa subjectivité, celles-ci renforcent néanmoins la figure idéale de l'individu autonome et élargissent même le domaine dans lequel celui-ci est appelé à agir pour se conformer. Il n'en demeure pas moins que dans le contexte normatif actuel, l'expérience de soi n'est pas la même si on se sait déprimé (ou anorexique, anxieux, hyperactif, etc.) en raison d'un problème cognitif associé à un désordre chimique situé dans le cerveau, ou si on attribue son malaise à une faillite psychologique dont on est désigné le seul responsable.

La popularité des neurosciences auprès du grand public est aujourd'hui indéniable. Elles profitent d'une présence régulière dans les quotidiens et la presse généraliste. Les ouvrages de vulgarisation scientifique à ce sujet se maintiennent régulièrement en tête

des meilleurs vendeurs depuis le début des années 1980 (Lemerle, 2011). Plus encore, les explications neuroscientifiques de problèmes psychologiques tendent à être reçues plus favorablement que les autres, peu importe la solidité des données avancées (Weisberg *et al.*, 2008). Ceci illustre avant tout le pouvoir d'attraction du récit que proposent ces disciplines émergentes. Comme l'écrit Ehrenberg (2004, p. 147),

Les raisons sociales du succès populaires des neurosciences tiennent alors moins à leurs résultats scientifiques et pratiques qu'au style de réponse apportée aux problèmes posés par notre idéal d'autonomie individuelle généralisée. Elles permettent aujourd'hui de consoler ceux qui, en réalité la plupart d'entre nous, ont des difficultés à faire face à ce monde de décision et d'action qui s'est édifié sur les ruines de la société de discipline [...].

Mais ce que les neurosciences annoncent surtout, c'est une transformation dans la manière dont on pense les dynamiques et les causes des problèmes sociaux, des désordres psychiatriques et du social problématique en général. En amont, le système normatif qui pèse sur l'individu se transforme peu. Ce dernier demeure régit par l'impératif d'autonomie, confronté toujours à l'obligation d'agir de lui-même et de tenir les rênes de sa destinée. En aval toutefois, il se voit offrir une nouvelle forme d'explication – voire de légitimation – de ses déficits et de l'écart entre ce qu'on lui demande d'être et ce qu'il se sent être. Il lui est en ce sens permis de se penser comme *autre* que ses manques ou ses faiblesses, attribuées au moins partiellement à un impondérable biologique.

8.6 Corps, esprit et vie sociale dans les neurosciences

Il est difficile de ne pas remarquer l'ironie du fait que ce nouveau récit, qui permet d'objectiver les déficits et les manques de l'individu, les situent encore plus profondément en lui que ne le faisait l'explication psychologique du social. Ce ne sont plus seulement les problèmes de santé mentale et d'autres défaillances de moindre

ampleur qu'on espère expliquer à partir du fonctionnement cérébral, mais bien l'essentiel de la vie sociale. Comme le souligne Ehrenberg (2008, p. 80),

On parle de « cerveau social » pour évoquer l'idée que les « comportements » sociaux s'expliquent pour l'essentiel par le fonctionnement cérébral. Le cerveau apparaît donc comme le substrat biologique conditionnant la socialité et la psychologie humaines.

C'est là la proposition centrale de ce qu'il nomme le programme fort ou, avec une pointe d'humour, le programme grandiose. Pendant que le programme faible vise à comprendre et traiter des désordres neurologiques comme les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, le programme fort

identifie, philosophiquement parlant, connaissance du cerveau et connaissance de soi-même et, sur le plan clinique, pense pouvoir fusionner neurologie et psychiatrie, c'est-à-dire *in fine* traiter les psychopathologies en termes neuropathologiques (2004, p. 132).

Pour les tenants du programme fort, il s'agit de « construire une biologie de l'esprit » (Ehrenberg, 2004, p. 132). Autrement dit, ce que les neurosciences espèrent développer, c'est un « nouveau modèle d'intelligibilité de la vie sociale » : « Cartographier le substrat cérébral du social et expliquer ainsi les mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement de la société et de la culture, voilà l'ambition affichée » (Feuerhahn et Mandressi, 2011, p. 3).

Ces nouvelles neurosciences cognitives et sociales aiment s'annoncer comme une nouveauté radicale et promettent une révolution dans la manière dont on comprend l'humain et le monde : le discours est triomphant. Par exemple, Jean-Pierre Changeux, universitaire français bien connu du grand public, entre autres aux suites de la publication de son *best-seller* intitulé *L'homme neuronal* (1983), annonce en 2005 que :

Les neurosciences vont nous apporter une nouvelle vision, une nouvelle conception, de l'homme et de l'humanité. Nous nous devons de réfléchir plus avant aux conditions qui

vont, peut-être, apporter plus de qualité de vie et de bonheur de vivre aux hommes puisque tel est bien, après tout, notre but. Les neurosciences inaugurent les Lumières du XXI^e siècle (cité par Lemerle, 2011, p. 37).

Cet enthousiasme traverse le discours des tenants du programme fort. Plusieurs observateurs refusent toutefois de tenir cette nouveauté radicale pour acquise et invitent plutôt à l'examen de la « rhétorique de la rupture, de la révolution scientifique, voire de l'établissement d'un nouveau paradigme » mobilisée par les acteurs qui participent du développement et de l'expansion des neurosciences sociales (Feuerhahn et Mandressi, 2011, p. 4). Ainsi, en introduction d'un numéro de la *Revue d'histoire des sciences* consacré aux neurosciences et à la médecine, Barras et Dupont (2010, p. 329) se questionnent :

Dans une époque qui voudrait croire à la nouveauté radicale, face au caractère massif et tout puissant qui paraît si frappant aujourd'hui, le débat est permis : en quoi les neurosciences contemporaines sont-elles nouvelles, et qu'est-ce que la médecine de demain est en droit d'espérer de ce « nouveau » ?

Il n'est donc pas question ici de rejeter en bloc la nouveauté des neurosciences par rapport aux approches médicales qui les ont précédées. Il s'agit plutôt de se permettre de reculer d'un pas, d'en observer la place dans l'histoire pour juger la manière dont elles s'inscrivent en continuité ou en rupture avec les savoirs et philosophies passés.

Dans cet esprit, en avançant pouvoir expliquer la conscience à partir de son siège cérébral, les neurosciences plongent dans de vieux débats philosophiques sur le corps, l'esprit et la conscience, auxquels elles n'apportent rien de radicalement neuf si ce n'est que des possibilités techniques inédites. Ehrenberg (2004, 2008) montre bien que la représentation de la personne qu'elles offrent n'est que le prolongement de l'idéal de l'individu autonome qui règne déjà. Le plus souvent, les tenants du programme fort assument une position naturaliste, qui postule une équivalence entre l'esprit et le cerveau. Ici, « l'être abordé selon le corps est bien souvent assimilé, implicitement ou

explicitement, à l'être considéré dans sa totalité » (Ehrenberg, 2004, p. 139). Sur un plan éthique, les questions qui s'y posent touchent entre autres au libre-arbitre, à la liberté et à la responsabilité. Présenté rapidement, le problème est alors de savoir si le sujet, lorsque réduit à son cerveau, peut vraiment être réputé maître de ses actes, de ses décisions et de sa volonté, alors que le postulat de l'identité entre cerveau et esprit nous entraîne rapidement dans la question du libre-arbitre (Baertschi, 2009). Par ailleurs, l'émergence des neurosciences a conduit au renouvellement des termes du dualisme cartésien : on ne se questionne plus sur la relation entre corps et esprit, mais sur la relation entre cerveau et esprit (Northoff, 1997).

Il n'est pas tant question ici des implications philosophiques des neurosciences que de leur impact sur la vie sociale et sur la manière dont l'individu se pense et se vit. Si quelques auteurs explorent la possibilité d'une alliance entre neurosciences et sociologie ou, en d'autres termes, d'une neurosociologie (Franks, 2010; TenHouten, 1997, 1999; von Scheve, 2011), la plupart adoptent un point de vue critique et les interrogent en regard de la socialité et de leurs conséquences sur l'individualité ou le *self* (entre autres Rose, 2007; Rose et Abi-Rached, 2013, 2014). Par rapport aux troubles alimentaires, l'intérêt n'est pas vraiment dans la conception philosophique du sujet, mais plutôt dans la mise en pratique de ces savoirs. En la matière, les neurosciences innovent en ce que, lorsqu'elles investissent le vécu subjectif de la maladie mentale, le corps se retrouve à l'avant-plan. Ce faisant, une certaine ambiguïté surgit quant à la manière dont elles conceptualisent la relation entre corps et esprit et à l'impact de cette conceptualisation sur les interventions thérapeutiques.

D'un côté, en rabattant l'expérience du corps sur un ensemble de processus biologiques, ces disciplines renforcent le dualisme, marquant une séparation claire entre l'un et l'autre. Elles postulent qu'il serait possible de modifier l'expérience du corps en agissant sur les processus cognitifs et neuronaux. Le corps se retrouve donc

toujours inféodé à l'esprit, qui demeure la cible première des interventions. De l'autre toutefois, en développant une pratique thérapeutique qui agit sur le corps pour modifier les états mentaux, les neurosciences opèrent un renversement de cette perspective. Entre autres exemples, c'est à la faveur de l'émergence de la neuropsychiatrie que la méditation, *via* les pratiques de « *mindfulness* » ou de pleine conscience, a fait son entrée à l'hôpital.

En ce qui concerne les troubles alimentaires, c'est en parallèle du développement des neurosciences cognitives que le regard s'est tourné vers le corps, considéré comme un élément essentiel des processus qui contribuent au maintien dans l'anorexie :

« Clinically, the avoidance of emotions and somatic experiences associated with starvation may explain the discrepancy between emotion-laden experiences of the body and intellectually explicit facts about the body – a discrepancy which has been identified as a specific barrier to current psychological interventions » (Mateos Rodríguez *et al.*, 2014, p. 43).

On a donc adopté des techniques, déjà en émergence ailleurs, qui visent à modifier la manière dont l'individu interprète les diverses sensations qui l'agitent. Pour le dire rapidement, on cherche à modifier les styles et schèmes de pensée qui participent d'un trouble psychiatrique en transformant les perceptions du corps. Ainsi que l'écrivent Park *et al.* (2011, pp. 419-420) :

« The ICS [Interacting Cognitive Subsystem] framework suggests that body-state and sensory subsystems input directly into implicational schematic models and thus have a direct link to emotion production. In contrast to most other cognitively-oriented theories in which the role of body-state feedback processes have perhaps been underemphasized, in ICS the body-state subsystem has an equivalent status to any other subsystem, directly contributing to the generation of emotional states. This direct link between body-state and emotion production is consistent with bodily feedback theories which argue that how we think and feel is in part shaped by perception of activity in the body ».

Dans ce cadre, on considère qu'il pourrait être utile, dans le traitement de l'anorexie comme dans la prévention des rechutes, d'outiller les femmes concernées pour les préparer progressivement à faire la pleine expérience de leurs sensations corporelles et des émotions qui leurs sont associées (Park *et al.*, 2012, pp. 91-92). On étudie par ailleurs les effets de la pleine conscience, ou *mindfulness meditation*, pour traiter un ensemble de conditions aussi variées que la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, la psychose, l'hypertension et l'insomnie, ainsi que pour soulager les douleurs chroniques ou alléger les symptômes de la fibromyalgie, entre autres exemples.

Néanmoins, si l'on porte de plus en plus d'attention à la vie interne du sujet, les formes de l'individualité ne se transforment que peu. Le récit biologique en émergence soulage l'individu d'un certain poids, mais les injonctions qui organisent la normativité contemporaine n'en sont pas pour autant ébranlées. Ce à quoi on peut s'attendre, c'est à une transformation dans les réponses apportées par les divers pouvoirs publics aux problèmes sociaux. Si les solutions proposées tendent aujourd'hui à s'inscrire de plus en plus dans la sphère psychologique, on peut penser qu'elles commenceront à s'inscrire dans cette tendance nouvelle et qu'un style d'intervention se mettra en place pour pallier les failles dans ce qu'on commence à lire comme les déterminants biologiques des problèmes sociaux. Ce n'est toutefois que le niveau d'intervention qui risque de se transformer : l'injonction à l'autonomie et à la responsabilisation demeure intacte et l'individu est toujours, envers et contre tous, le seul responsable de son sort.

Hors des neurosciences, la sociologie participe aussi à ce mouvement de redéfinition de la place du corps dans l'expérience de soi et du monde. Les émotions et les sensations sont devenues un objet légitime de la discipline. De la même manière que,

hors des sciences sociales, on commence à s'intéresser aux éléments sensoriels de la maladie mentale, une sociologie de la chair est en train d'émerger, qui vise à intégrer les dimensions émotionnelles et sensuelles de l'expérience à l'interprétation de la vie sociale. Si cette nouvelle posture permet de contourner un ensemble de difficultés épistémologiques propres à l'étude de la vie sociale comme phénomène discursif, on ne peut pas attribuer l'émergence actuelle de ce mouvement au seul progrès nécessaire de la science, ce dont vient témoigner le fait que cette transformation du regard sociologique trouve son équivalent dans une myriade de disciplines qui lui sont plus ou moins éloignées.

Plutôt, ce tournant nouveau semble à bien des égards être symptomatique de notre époque où, nous l'avons vu, l'intériorité du sujet occupe une place toujours grandissante. Il n'est pas étonnant que cette tendance trouve sa traduction en sociologie, qui ne fait par là que développer les instruments nécessaires pour mieux rendre compte des termes qui organisent la vie individuelle et collective. Que cette évolution s'inscrive dans l'air du temps ne signifie pas qu'elle est inféconde. Bien au contraire, non seulement elle élabore des concepts nouveaux qui lui permettent de s'approcher de dimensions encore peu explorées de la vie collective, mais elle bâtit aussi un vocabulaire qui permet de rendre compte, sans la trahir, de l'expérience des individus dans les sociétés contemporaines.

CHAPITRE IX

L'EXPÉRIENCE DU CORPS ET LES TROUBLES MENTAUX

L'essentiel de la recherche sur les troubles alimentaires s'appuie sur l'idée que les pratiques qui en forment le cœur sont portées par des motifs ou des intentions qu'il serait possible de circonscrire. C'est là qu'on cherche le social dans l'anorexie et la boulimie. L'hypothèse forte veut que, en identifiant les intentions derrière les actions, il nous soit possible de progresser dans la compréhension de leur étiologie. Ce faisant, on postule également que le sens des actions soit accessible à travers le discours et que l'étude des représentations des corps anorexiques et boulimiques soit aussi l'étude des causes des troubles alimentaires. Cet *a priori* central marque la différence avec l'approche que l'on développe quant à nombre d'autres désordres psychiatriques tels que la dépression, les « troubles du spectre autistique » ou le trouble du déficit de l'attention. S'il est possible de situer ces désordres en regard de la normativité sociale, on s'intéresse assez peu aux intentions qui pourraient se cacher derrière les symptômes dépressifs, psychotiques, anxieux, derrière la « dysphorie de genre » ou les « troubles liés à l'usage de substances ».

Dans cette ambiance intellectuelle, il n'est pas surprenant que, alors que la réflexion s'organise autour du contenu sémantique des troubles alimentaires, l'alimentation, le corps, les émotions et les sensations soient largement laissés de côté²⁷. Il est pourtant

²⁷ À l'exception notable des travaux de Hilde Bruch et de Mara Selvini Palazzoli. Toutes deux accordent une importance fondamentale aux sensations, dont l'expérience serait modulée par la relation nourricière à travers laquelle se développe la conscience du corps. Les sensations rapportées par les anorexiques

hasardeux de les évacuer de la réflexion lorsque l'on cherche à comprendre ce qui est en jeu tant dans la dimension sociale que dans l'expérience subjective de l'anorexie et de la boulimie. L'alimentation et le corps forment le coeur de ces troubles. Les pratiques y sont orientées vers la chair et sont inséparables d'un ensemble d'émotions et de sensations difficiles à qualifier et à mesurer parce que réfractaires à la mise en discours.

Ceci dit, les différentes dimensions de l'expérience charnelle des troubles alimentaires n'en sont pas moins faites d'une matière aussi sociale que peuvent l'être les motifs, intentions et représentations que l'on soupçonne de provoquer le développement et de favoriser le maintien de l'anorexie et de la boulimie. C'est par le social que les émotions et les sensations sont interprétées et mises en pratique et ce, même si elles ne sont pas intrinsèquement discursives. Chez les anorexiques, la forme ou l'esthétique du corps joue pour beaucoup dans les relations sociales qu'elle entretient, dans la manière dont elles sont perçues par leur entourage et dans le ton de leurs interactions quotidiennes. Chez les boulimiques, la nécessité de maintenir le secret autour de pratiques corporelles réputées honteuses marque les relations ordinaires et l'organisation de la vie quotidienne. Autrement dit, l'ensemble des affects qui forment

sont toutefois appréhendées, par Bruch et Selvini Palazzoli, de manière opposée. Pour Selvini Palazzoli, le caractère faussé des sensations rapportées par les anorexiques, comme l'absence d'appétit ou de fatigue, est au nombre des symptômes du trouble, une conséquence de la relation tordue au corps qui s'est développée depuis l'enfance. Elle traite avec méfiance les compte-rendus que lui livrent les anorexiques. À l'inverse, si Bruch (1978) place les distorsions de l'image corporelle au coeur de son analyse du problème, elle accepte les récits qui lui sont livrés comme tels : « Le problème est qu'on connaît très peu de choses sur la faim, sur la conscience de la faim et qu'on ne sait pas combien de gens normaux savent pourquoi ils mangent ce qu'ils mangent. J'ai appris à prendre à la lettre ce que ces malades me disent sur leurs sensations corporelles » (1978, p. 296). Si l'univers perceptuel de ces jeunes femmes est corrompu, celui-ci fait néanmoins partie de leur expérience du trouble et se transformera à mesure que progressera la thérapie. De même, chez Selvini Palazzoli, le corps est explicitement présenté comme partie intégrante du sujet : « The body is not given to us as an object, it is not something we own – it is what we are. It is the signifiante we ourselves attach to our bodies that either reduces them to the dimension of anatomical objects or else transfigures them into subjects, that is persons. Our body is the measure of our spirit. Even though it has clear limitations, it is our only means of reaching out towards others. The body is our meeting place with others, and its rejection is at once and the same time a rejection of sociability, human solidarity and responsibility » (1974, pp. 151-152).

les troubles alimentaires sont mis en jeu dans le social et ont tout à voir avec la manière dont celui-ci participe de l'anorexie et de la boulimie.

L'étude du sens, des motifs ou des intentions rencontre le même problème qui pourra se poser dans l'examen des émotions et des sensations, celui de la double nécessité d'attacher l'expérience à son contexte immédiat tout en élevant la réflexion au-delà de l'anecdotique et du récit individuel. Jusqu'ici, dans l'essentiel des travaux, on a essayé d'identifier le plus petit dénominateur commun des troubles alimentaires : l'injonction à la minceur pour les uns, le modèle dominant de féminité ou la structure familiale pour les autres. La valse-hésitation qui a marqué les cinquante dernières années de recherche témoigne bien de la précarité de l'entreprise qu'est l'identification d'un facteur commun à l'ensemble des cas rencontrés et l'élaboration d'un modèle qui serait valable pour toutes les femmes concernées, à la grandeur de l'Occident. La sociologie peut toutefois offrir une conceptualisation du problème qui laisse la place à la fois à l'enveloppe discursive des troubles alimentaires et à leur expérience intime, qui met en lumière les dynamiques sociales plus large sans trahir le contexte du phénomène et l'immédiateté de l'expérience. C'est à cette tâche que je m'attaquerai dans ce dernier chapitre.

9.1 L'expérience sensible de la maladie mentale

Pour toutes les disciplines concernées, l'essentiel du défi que pose l'analyse des troubles alimentaires consiste à contourner les nombreux pièges que présente l'élaboration d'un modèle unique qui puisse rendre compte d'expériences à la fois éparses et indissociables du contexte dans lequel elles prennent place. Jusqu'ici, si l'on exclut les tentatives récentes en neurosciences cognitives et sociales, les hypothèses avancées sont d'abord formulées de manière à rendre compte du contenu des troubles

alimentaires lequel, une fois décodé, autoriserait à formuler un diagnostic social. Or, cette façon de mener le travail pousse à transgresser les limites de ce dont on peut légitimement parler. L'objectif est donc ici de formuler le problème de manière à éviter d'accoler un sens aux pratiques. Il faut dépasser l'expérience immédiatement signifiante, mais ne pas délaisser la dimension sociale du phénomène.

La sociologie tend à penser les problèmes psychiatriques comme des expériences avant tout mentales, qu'elle appréhende à partir de leur position par rapport à la norme. Les troubles mentaux sont largement utilisés comme révélateurs d'époque et pensés à partir des représentations entretenues par ceux qui en souffrent et de celles qui circulent dans les sociétés qui les voient surgir. On étudie leur enveloppe discursive et leurs significations, on tâche de les déconstruire pour comprendre la place qu'ils occupent dans la matrice normative et de qualifier les dynamiques et les processus qui les agitent. On les saisit d'abord comme des phénomènes discursifs, comme une expérience qui se donne à dire. Cette vision des désordres mentaux s'applique particulièrement bien aux troubles alimentaires, parce que l'on suppose qu'ils trouvent au moins partiellement leur source dans les normes et représentations sociales. Lorsque l'analyse s'approche des pratiques qui font les troubles mentaux, elle pose en premier lieu son regard sur leur caractère déviant et, comme c'est le cas avec l'anorexie et la boulimie, les actes qui ne dérangent pas le social ou ne contreviennent pas à ses règles passent largement inaperçus.

L'objectif, ici, n'est pas de remettre en cause la pertinence de l'étude des représentations des désordres psychiatriques et de leur position par rapport à la norme, mais plutôt de souligner ses faiblesses et la nécessité de les dépasser. À cet effet, mettre en lumière la dimension charnelle des désordres psychiatriques permet de jeter un œil nouveau sur ces phénomènes. Du point de vue subjectif, ils sont une expérience aussi physique que mentale. D'ailleurs, dès que l'on s'approche des troubles mentaux, le

corps tend à s'inviter à la fête. Il plane comme une ombre sur la littérature sur ces questions, mais il est rarement le centre de l'attention. En fait, s'il est largement laissé de côté, il s'avère difficile à contourner. D'ailleurs, dans la littérature sociologique et anthropologique, les exemples se multiplient. Par exemple, par rapport à la dépression, Otero (2012a, p. 161) écrit :

Tout comme les inventaires des dysfonctionnements, handicaps et symptômes, les images et métaphores dépressives maintiennent et à la fois brouillent le partage corps-esprit. *Qui* est-ce qui bascule dans l'abîme, glisse dans le tunnel ou s'efface dans le sable ? *Qui* traîne le boulet ou tombe sous le plancher ? *Qui* est la masse informe ou le cerveau en bouillie ? L'esprit sans le corps ? Mêmes questions pour les inventaires dépressifs : *Qui* est extrêmement fatigué ? *Qui* est accablé de tristesse ? *Qui* n'arrive pas à dormir ? Le corps sans l'esprit ? La distinction corps-esprit se révèle aussi maladroitement et inadéquate qu'incontournable lorsqu'il s'agit d'esquisser en première instance ce qui arrive aux personnes déprimées et même « où » cela arrive. En effet, le plus souvent, c'est le corps des déprimés qui *ne peut pas* et c'est l'esprit des déprimés qui *ne peut pas vouloir*, voire tout simplement « qui ne veut pas ». Mais, on le sait, en sociologie, ce qui compte est classiquement la dernière instance plutôt que la première.

Présentée sous cet angle, la dépression apparaît être une expérience au moins aussi physique que mentale. Elle n'en est pas pour autant moins sociale, elle l'est simplement au-delà de sa dimension cognitive.

Il est possible de faire le même constat avec la schizophrénie et la psychose. Certes, le statut de ces deux maladies ou états est bien différent de celui des troubles alimentaires, entre autres parce qu'on les situe hors de la réalité commune. Seulement, cette réalité est d'abord pensée comme un fait de langage. C'est d'ailleurs à l'impossibilité de partager l'expérience psychotique que l'on attribue leur étrangeté. Lucas (2004, p. 149) écrit dans cet esprit que :

« The image of a yet-to-be-revealed bodily repository has contributed to schizophrenia's exclusion from "culture" – especially insofar as the latter concept is used to designate a distinctively realm of language and meaning in counter point to material "nature" » (Lucas, 2004, p. 149).

Si l'univers représenté de la psychose se détache de l'expérience commune et ne peut jamais être déconstruits en mots, il n'empêche que le corps ne se donne jamais à vivre hors du social, qu'il demeure le point de raccordement majeur entre l'expérience individuelle de la folie et l'expérience commune de la société et de la culture.

À ce propos, un commentaire d'Ellen Corin tend à suggérer que cette rupture d'avec l'expérience commune se ressent beaucoup plus qu'elle ne se pense ou ne se dit :

Ce que disent de leur expérience des personnes diagnostiquées schizophrènes évoque le sentiment d'une dérive fondamentale de l'être qui s'accompagne souvent d'une anxiété importante, de l'impression que le monde bascule et que les frontières entre soi et les autres deviennent poreuses (2009, p. 105).

Si l'on tend à rejeter l'expérience de la psychose hors d'une culture partagée qui serait d'abord un fait de langage, les témoignages que l'on trouve ça et là permettent plutôt d'entrevoir une relation autre au monde, marquée par un éventail de sensations qui sont pour beaucoup étrangères au commun des mortels. Les participants à l'enquête de Lucas (2004, p. 150) :

« [...] were similarly struck and perplexed by the indeterminate yet sensate qualities of their own experiences: participants' accounts were full of unaccountable bodily sensations – “my brain's on fire,” “my heart bleeding” – of bodies being distorted, twisted, manipulated, or transformed, and the physicality of “voices” as living presences “breathing within you.” »

À en croire Corin (2009), ces sensations évoquent néanmoins une forme de lien entre le soi, les autres et l'environnement, un portrait qui tranche avec l'isolement qui se dessine lorsqu'on traite de la psychose d'un point de vue seulement discursif, où l'individu se retrouve seul dans son délire.

Le même argument – celui d'une transformation majeure du tableau qui se dessine lorsque l'on traite des troubles mentaux à partir du corps – est valable pour les troubles

alimentaires. La gamme des émotions et sensations que Megan Warin a rencontrées durant son enquête supporte l'argument d'une primauté du corporel dans l'expérience de l'anorexie et de la boulimie. Les différentes sensations qui meublent le quotidien des femmes qu'elles a rencontrées sont au coeur de leur vécu de l'anorexie ou de la boulimie comme des relations qu'elles entretiennent à elles-mêmes, aux autres, aux objets et à leur environnement. Warin raconte que la nourriture était généralement perçue comme sale et que c'est son pouvoir polluant, au moins autant que son potentiel engraisant, qui se trouvait au cœur des pratiques mises en place :

« Many participants nodded knowingly and enthusiastically when I asked about “dirty foods,” one woman telling me that I had now come a long way in my understanding of eating disorders. In reflecting on her experience, Trudy sent me an e-mail : “Much of my anorexia was about being clean versus dirty. Not eating was clean. Eating was dirty, contaminating. It was not about being fat or thin. Nor was it about weight” » (2010, p. 107).

La menace que posaient les matières grasses résidait d'abord dans leur forme, « their ability to move and seep into the cracks of one's body » (2010, p. 106). Ici, il n'est pas question que de minceur. Dans le même esprit, une des femmes rencontrées par Warin établit une différence entre les « fat girls » et les « calorie girls », chaque groupe entretenant une aversion distincte en fonction de laquelle se forment les alliances :

« “You're usually concerned about both, but one more so than the other, and if you share the same fear of fats there are immediate likenesses. Calorie girls are worried about airborne contagion, whereas the fats and oil girls are concerned with touch” » (2010, p. 118).

L'opposition entre le propre et le sale qui, selon Warin, marque l'expérience quotidienne de l'anorexie semble organiser beaucoup plus que le rapport à la nourriture. Il semble en fait qu'il faille regarder bien au-delà des pratiques d'amaigrissement pour obtenir un portrait juste du trouble et de ses dynamiques. Par exemple, à propos des pratiques d'hygiène, Warin (2010, p. 153) écrit :

« To counter abjection, many women developed highly routinized cleaning practices such as hand washing and teeth brushing. Following a suggestion by her doctor, Bettina meticulously documented the times during the day that she would wash her hands, and what thoughts prompted her to do so. The resultant diaries were recordings of her daily routines in a hospital ward, detailing when she washed her hands, the length of time, and what triggered the washing. All the triggers related to what Bettina considered dirty and contaminating : for example, anything to do with food (she had to wash her hands before and after eating), washing her body (she washed her hands before, during, and after washing her face, before and after she showered, before and during brushing her teeth), when she overheard another patient say a “dirty” word (swearing or slang), when she thought of words such as “fat,” “devil,” or “pig,” and after using cosmetic cream ».

L'ensemble de pratiques qu'elle décrit, nous dit Warin, est généralement associé à un trouble obsessionnel compulsif, une comorbidité courante de l'anorexie. Ce que l'ethnographe montre ici, c'est plutôt que les mêmes catégories entrent en jeu dans le rapport à la nourriture et dans les pratiques d'hygiène. On peut dresser un portrait plus juste du vécu des troubles alimentaires si on se refuse à opérer cette distinction, pour plutôt se concentrer sur la manière dont ils se donnent à vivre par la chair.

Ces différents exemples montrent la centralité des sens et des sensations dans l'expérience des troubles mentaux. Dans l'anorexie et la boulimie, des odeurs, des textures et des sensations qui passent largement inaperçues chez le commun des mortels dominent la vie ordinaire. Il semble par ailleurs que le discours des femmes touchées se transforme lorsque le propos se déplace vers cette dimension intime de l'expérience, qui ne trouve pas sa place dans les catégories habituellement déployées pour comprendre les troubles alimentaires. Autrement dit, l'inclusion du corps ressenti dans la réflexion semble ouvrir des portes qui, malgré cinquante ans de recherche, sont jusqu'à aujourd'hui demeurées closes. Plus encore, les sensations et les émotions forment un pont qui permet de lier l'intime au social, offrant de ce fait à la sociologie la possibilité de développer une compréhension des troubles mentaux qui à la fois intègre et dépasse les questions des représentations, de la normativité et de la déviance.

9.2 Déviance et pathologie : une hypothèse

À cet effet, la sociologie de la santé mentale se trouve aujourd'hui encore confrontée à l'impossibilité d'isoler le « mental pathologique » du « social problématique » (Otero 2012a), de distinguer « social delict » et « mental symptom » (Goffman, 1972, p. 138). Autrement dit, on ne parvient pas à tracer la frontière entre ce qui relève de la société et de la culture et ce qui s'attache à l'individu seul, que ce soit sa psychologie, sa biologie ou toute autre dimension à laquelle on peut vouloir lier ce qui est problématique sans pour autant être réductible au social. Comme l'écrit Otero (2012b, paragraphe 26),

[...] la définition d'un « problème » comme relevant du champ de la santé mentale plutôt que du champ de la différence ou de la conflictualité sociale est un processus complexe où la culture, les normes et les rapports de force entre les groupes interviennent de manière forte et décisive sur ce qui est « capté » ou non par les disciplines psychologiques, psychosociologiques et médicales comme étant « naturellement » problématique car enraciné dans une épaisseur psychologique, biologique, voire génétique.

Le problème de ce qui se joue dans l'inclusion d'un comportement jugé inapproprié soit dans la catégorie de la déviance, soit dans celle de la pathologie, ainsi que celui des facteurs qui entrent en jeu dans ce processus, traverse aujourd'hui encore la sociologie de la santé mentale. Aussi loin qu'elle pousse la déconstruction d'un comportement jugé problématique, il demeure le plus souvent un résidu pathologique, un « quelque chose » qui refuse de se laisser dissoudre dans l'analyse. C'est entre autres ce « quelque chose » qui pose encore problème à la sociologie comme aux différentes disciplines qui s'occupent des troubles mentaux et de la normativité sociale. On ne parvient d'ailleurs toujours pas à identifier vraiment ce qui différencie les anorexiques et les boulimiques des adeptes de pratiques extrêmes d'entretien du corps, qui peuvent enfreindre la norme sans que leur comportement n'en soit pour autant pathologisé. De même, lorsqu'on présente les troubles alimentaires comme une conséquence directe

des tensions normatives contemporaines, on ne parvient pas à expliquer pourquoi, dans le contexte qui est le nôtre, toutes les femmes ne sont pas anorexiques ou boulimiques.

C'est ici que le corps vécu et ressenti peut s'avérer utile et, peut-être, permettre d'intégrer ce résidu pathologique à l'analyse et de mieux penser l'expérience à la fois intime et sociale de la maladie mentale. Je souhaite à cet effet poser l'hypothèse qu'il existe, dans la maladie mentale, une différence qualitative entre le moment de la déviance, catégorie essentielle de la définition sociologique de la folie, et le moment pathologique, qui serait caractérisé par une expérience du corps, des émotions et des sensations qui lui serait propre. Autrement dit, je propose de désenclaver l'analyse pour la sortir du seul univers « mental » et chercher dans le corps les traits distinctifs du moment pathologique. L'objectif est de rendre compte du caractère hautement social, mais aussi privé et indicible, de l'expérience de la maladie mentale.

Pour préciser les termes, je propose de comprendre le moment de la déviance comme celui où l'individu dérange l'ordre social, celui où, par leurs pratiques et leurs comportements, les déprimés, les psychotiques, les anorexiques et les boulimiques rendent visibles les normes qui régissent les interactions et la vie en groupe. Ici, la réflexion peut s'appuyer sur une longue tradition sociologique qui a mis sous la loupe nombre de pratiques et de groupes déviants, dans et hors du champ de la santé mentale. Les outils pour étudier cette dimension sont déjà bien construits et, s'ils sont appelés à se transformer à mesure qu'évolue la société, leur valeur heuristique a fait ses preuves.

Le moment pathologique serait plutôt composé d'une gamme distinctive d'émotions et de sensations qui participent de la déviance, mais la dépassent. S'il met en jeu le rapport au monde, cet ensemble de qualités sensuelles et affectives ne se laisse définir que contre lui-même et à la mesure du vécu individuel. De ce fait, il implique une expérience du corps et un univers sensoriel qui ne se laissent que bien mal traduire dans

le langage. Toute la littérature sur les émotions, les sens et les sensations est par ailleurs marquée par cette question, celle de la mise en mots et de la communicabilité d'un vécu qui, par définition, survient hors et au-delà du langage.

Mais, qu'importe qu'elle résiste à la mise en mots, l'expérience de la folie ne se situe jamais hors du social : l'ensemble d'émotions et de sensations propres chacun des deux moments marque inévitablement un rapport particulier à soi, aux autres et au monde. Elles colorent le vécu de la maladie. La manière dont le corps est vécu et ressenti se transforme dans le passage d'un moment à l'autre, et ce passage révèle la matière toujours sociale dont est fait l'individu, même lorsque ce qu'il vit paraît s'inscrire hors de toute référence au commun. Par ailleurs, dans la réalité empirique, la distinction entre le moment de la déviance et le moment pathologique est beaucoup plus floue que ne le laisse entrevoir la distinction ici proposée. Le moment pathologique ne peut jamais être compris hors de la déviance, mais le moment de la déviance, bien que partie intégrante du vécu de la maladie, ne présente pas les qualités particulières du moment pathologique. Les deux s'enchevêtrent néanmoins, et la distinction a d'abord valeur analytique. L'espoir est qu'elle permette d'éclairer une dimension encore méconnue de l'expérience de la maladie mentale et de son insertion dans les rapports sociaux.

Cette approche présente l'avantage d'élargir la réflexion sur les désordres psychiatriques en les extirpant du seul univers du « mental » pour les transposer dans le monde corporel, sensible. Elle peut également offrir une base plus solide à l'entreprise sociologique. Le « mental », pourtant au fondement de l'essentiel de la psychologie et de la psychiatrie contemporaines, est une notion généralement molle, informe, mal définie et, en conséquence, fortement problématique. Vincent Descombes affirme à cet effet que le paradigme psychologique dominant isole ce qu'il nomme « l'élément mental » non pas en le définissant, mais en le soustrayant de l'élément

physique. De ce point de vue, pour atteindre le substrat mental d'une action, il suffirait d'éliminer sa dimension physique ou, à certains égards, mécanique :

L'image directrice est alors celle d'un homme placé à côté d'un phonographe ou d'un perroquet : la machine, l'animal bête et l'animal humain peuvent produire des bruits, voir les mêmes bruits, mais seul l'homme répond intelligemment. C'est l'élément mental qui fait la différence : nous cherchons quel est cet élément, où le loger, comment le déterminer (Descombes, 2001, p. 283).

Dans ce cadre, un acte est mental « au sens où l'exécution de l'acte reste immanente, ne se traduit par aucune intervention à l'extérieur du sujet » (2001, p. 287). Dans la même veine, Descombes distingue deux définitions parallèles du mental qui fondent le travail des disciplines « psy » :

En un premier sens, le mental est ce qui exige un exercice de l'intellect (de l'esprit en tant que capacité intellectuelle, ce qui est le sens du latin *mens*). En un second sens, est mentale l'opération immanente ou interne au sujet qui doit faire l'opération (2001, p. 287).

On distingue ici la pensée de l'action comme on tend à détacher le sens, l'intention ou les motifs de l'action qu'ils portent. Descombes souligne l'erreur qui consiste à abstraire l'opération physique de l'opération mentale, donc de postuler qu'il puisse exister, derrière une action ou un comportement, un travail de l'intelligence ou de l'imagination que l'on pourrait isoler de sa manifestation physique :

c'est l'activité même de quitter la pièce ou de lever le bras (pour exécuter le commandement reçu) qui est intelligente : elle n'est pas intelligente de façon seulement dérivée, c'est-à-dire en étant sous le contrôle d'une *autre* activité qui serait cette fois la véritable activité *de* l'intelligence (2001, p. 294).

Ailleurs, Otero souligne l'inconsistance du concept de trouble mental, pourtant au fondement des différentes éditions du *DSM*. Les auteurs de la bible des troubles psychiatriques reconnaissent eux-mêmes la somme colossale des problèmes que pose

la mobilisation d'un concept qui, faute d'unité interne et de définition, n'en est pas vraiment un. Otero résume :

[...] on a choisi le terme *trouble mental* parce qu'il est le plus adéquat, même si le qualificatif *mental* est anachronique; le concept ne peut être délimité; aucune définition du trouble mental n'est opérationnelle ni cohérente pour l'ensemble des phénomènes en question et les critères de sa justification demeurent fort variés et de nature différente. Ces mises en garde quant à la validité du concept n'empêchent pas les auteurs [du *DSM-IV-TR*] de définir, quelques pages seulement après avoir étalé ces difficultés épistémologiques, plus de 350 troubles mentaux (2012a, p. 101).

Si elle s'élabore pour beaucoup à partir des catégories psychiatriques, la sociologie de la santé mentale se doit d'éviter leurs apories. C'est l'un des objectifs que vise l'intégration de l'expérience du corps dans la réflexion sur les désordres mentaux, qui permet de penser l'interdépendance de l'expérience subjective et des forces normatives qui la forgent. Il s'agit de mener une analyse de la pathologie et de la déviance qui dépasse l'examen de la seule expérience individuelle et qui autorise à les lier sans toutefois les confondre.

Il importe également d'éviter les pièges que pose une approche centrée uniquement sur la construction sociale des troubles mentaux. J'ai déjà montré les limites de cette perspective pour l'étude des troubles alimentaires : leur analyse en termes de construction sociale permet de dégager les représentations de l'anorexie et de la boulimie qui ont indiscutablement une influence sur la manière dont elles deviennent signifiantes pour celles qui en souffrent comme pour la population en général, mais elle ne permet pas d'expliquer ces troubles en eux-mêmes, leurs causes ou leurs dynamiques propres. L'approche que je présente ici n'invite pas à nier ou à déconstruire, mais bien à intégrer l'élément pathologique de la psychose, de la dépression ou de l'anorexie à l'analyse sociologique des désordres psychiatriques. Car si on ne peut pas dire que tous les troubles mentaux recensés par la psychiatrie officielle présentent ce noyau pathologique – l'histoire médicale de l'homosexualité nous montre

bien que ce n'est pas le cas – on trouve certaines conditions pour lesquelles la présence d'une souffrance qui existe au-delà des normes et du langage est indéniable.

Séparer le moment déviant du moment pathologique permet donc de penser ce cœur irréductible de l'expérience qui résiste à se laisser positionner par rapport à la normativité sociale. Dans le cas des troubles alimentaires, une telle posture autorise également de réfléchir leurs racines sociales sans présumer une intention derrière les pratiques ou spéculer sur leur sens. Mais, surtout, cette approche permet de mettre à l'ordre du jour une dimension fondamentale de l'expérience de la maladie mentale qui est pourtant rarement abordée de front, en plus d'avancer d'un pas dans l'examen de la manière dont l'individu « sain » ou malade s'insère dans, et se construit, à partir du social.

9.3 Corps et espaces

Mis à part un article publié par Williams (2000) aujourd'hui devenu classique, et malgré le fait que la réflexion sur le corps et les émotions ait, en sociologie, pris naissance dans le champ de la santé, la littérature en sciences sociales sur la relation entre les émotions, les sensations et les troubles mentaux est encore mince. Williams argue que, si la sociologie se tourne vers les émotions, la manière dont on problématise la question de la santé mentale se transforme, entre autres parce qu'une telle approche permet d'échapper aux pièges des oppositions corps/esprit et sujet/objet. Afin d'ajuster le vocabulaire à l'objet étudié et d'introduire le corps dans la réflexion, il invite à parler de santé émotionnelle, et non plus de santé mentale :

« My call, in this sense – one very much in keeping with the principles of a passionate, embodied sociology outlined above – would be to rethink these issues more in terms of emotional health, itself a fully embodied phenomenon, than a sociology of “mental”

health. Appeals to emotional health, echoing the above points, help : (i) avoid the somewhat “medicalised” ring of mental health, restoring emotions to the meaningful, intersubjective, intercorporeal domains of everyday life and communicative praxes; (ii) put minds back into bodies, bodies back into society and society back into the body, and (iii) bring emotions to the fore in all discussions of health, including the “afflictions” of inequality » (2000, p. 574).

La sociologie des émotions est encore jeune et les réponses à l’appel de Williams semblent être restées marginales. Pendant ce temps, la sociologie de la santé mentale peine toujours à sortir de l’univers du « mental » et à dépasser l’analyse discursive des troubles psychiatriques. En la matière, quelques approches émergentes semblent toutefois prometteuses.

Étonnamment, c’est dans les champs naissants de la géographie émotionnelle et de la géographie des affects que les émotions et les sensations semblent avoir trouvé leur pleine valeur heuristique pour l’analyse de la maladie mentale. Davidson *et al.* (2005, p. 3) dénotent, dans les travaux qui se réclament de la géographie des émotions, « a common concern with the spatiality and temporality of emotions, with the way they coalesce around and within certain places ». À propos de la géographie émotionnelle et du caractère relationnel des émotions, ils écrivent :

« Indeed, much of the symbolic importance of these places stems from their emotional associations, the feeling they inspire of awe, dread, worry, loss or love. An emotional geography, then, attempts to understand emotion – experientially and conceptually – in terms of its socio-spatial mediation and articulation rather than as entirely interiorised subjective mental states » (2005, p. 3).

Au nombre des éléments au coeur de cette géographie, Pile (2010, p. 5) note « a specific ontology of relation, mainly involving a concern with fluidity; a valuation of proximity and intimacy; and a methodological emphasis on ethnography ». En effet, les travaux s’organisent souvent autour du caractère relationnel des émotions, de leur circulation, de l’interpénétration des personnes et des espaces ainsi que de la manière dont l’expérience émotionnelle dépasse le sujet. Dans cet esprit, Davidson *et al.*

prennent position pour « a non-objectifying view of emotions as relational flows, fluxes or currents, in-between people and places rather than “things” or “objects” to be studied or measured » (2005, p. 3).

À cette approche par les émotions s’ajoute ce que les géographes nomment la « non-representational theory », qui insiste « on the significance of that which cannot be brought into representation » (Pile, 2010, p. 7), soit les affects, les sentiments, les émotions ou les sensations. Pile avertit toutefois qu’il ne faut pas confondre la géographie émotionnelle et la *non-representational theory*, « as emotional geography emphasises the significance of expressed emotions while non-representational theory emphasises the importance of inexpressible affects » (2010, p. 7). Certains critiquent d’ailleurs le terme « non-representational » en ce qu’il suggère qu’on ne puisse pas parler de ce qui apparaît comme irréductible au langage. Ils proposent plutôt le développement d’une « more-than-representational theory » (Carolan, 2008; Lorimer, 2005), qui prend le même objet mais autorise le chercheur à le mettre en mots :

« I find the term non-representational problematic firstly, because it at least suggests that what is of analytic concern ultimately dies the moment we try to talk (and write) about it, and secondly, because I believe the world of embodied experience is better explained as being more-than-representational. It is not that we cannot represent sensuous, corporeal, lived experience but that the moment we do so we immediately lose something. Representations tell only part of the story, yet they still have a story to tell, however incomplete.

So I admit : we cannot literally feel in these pages what respondents truly experienced in their lived experience. But this does not mean that we cannot at least get a taste of their world through their words » (Carolan, 2008, p. 412).

Qu’elle soit « non » ou « plus que représentationnelle », cette branche de la géographie humaine s’appuie sur une conception spatiale du sujet. Elle s’inquiète des frontières du soi, de sa position dans l’espace et de la manière dont l’espace entre en jeu dans l’expérience que le sujet fait de lui-même. Ce faisant, elle se montre remarquablement sensible au contexte dans lequel évoluent les individus.

À ce propos, Probyn (2003, p. 290) écrit :

« Profoundly, we experience our subjectivities, the ways in which we are positioned in regard to ourselves as subjects, in terms of both space and time. How can it be otherwise, given that our bodies and our sense of ourselves are in constant interaction with how and where we are placed ? »

Cette approche spatiale de la subjectivité impose de toujours la penser à l'intérieur des espaces dans lesquels elle se reproduit constamment. Probyn écrit encore que la question de la subjectivité est aussi celle du même et du différent, du proche et du loin, des connections et des déconnections qui pèsent sur la position sociale de l'individu. Autrement dit, penser la subjectivité en termes spatiaux impose de la réfléchir en termes relationnels, qui permettent de la situer dans ce qu'elle nomme les « hard facts of life » : « conditions of inequality and non-commensurability due to economic power, class, social privilege, history, etc. » (2003, p. 298). Cette subjectivité ancrée dans l'espace est nécessairement tangible, concrète, saisissable par les relations qui la forment continuellement, lesquelles sont indissociables des déplacements du sujet à travers différents terrains matériels et immatériels.

Ici, la géographie s'avance sur la question du sujet en mettant au premier plan la question de ses limites et de ses frontières, qu'elles soient physiques, psychologiques ou émotionnelles. Ces considérations ont des conséquences directes sur la manière dont la discipline aborde la question du corps, des émotions et de la santé mentale. Non loin de la géographie émotionnelle, Wolch et Philo (2000) identifient trois vagues de travaux en géographie de la santé mentale. La première vague regroupe des enquêtes autour du problème de la distribution spatiale de la maladie mentale et des différents espaces occupés par les personnes souffrantes, de l'asile à la rue ou au ghetto. C'est dans la deuxième vague que le corps entre en jeu, à la faveur du développement des *disability studies*. Résumant un argument développé par Parr et Butler (1999), Wolch et Philo présentent ainsi les idées qui circulent à cette époque :

« [...] bodies are carriers of minds while mental states – alongside the social reactions, difficulties and struggles which certain people as conscious and reflexive beings have both to endure and to entertain as a result of their “differences” – are often bound up in the making of physical appearances, movements, capabilities, reflexes and products. Thus mental and physical health problems often arise together, shaping in tandem a persons’s transactions with wider society [...] “Second wave” mental health geography is thereby very much attuned to the complex mesh of mental and physical difference, to both different minds and different bodies » (2000, p. 144).

Les auteurs saluent le succès rencontré par cet ensemble de travaux. Ils appellent néanmoins au développement d'une troisième vague, qui s'appuierait sur les avancées de la deuxième vague – qui se traduisent par une meilleure saisie des expériences situées – pour développer une compréhension plus fine des dimensions sociale, culturelle, économique et politique des problèmes de santé mentale. Il s'agit de dépasser l'approche phénoménologique qui domine encore aujourd'hui la recherche.

Une enquête menée par Parr *et al.* (2005) dans les Highlands écossais est emblématique à la fois de la deuxième vague en géographie de la santé mentale et de la géographie émotionnelle. L'équipe de chercheurs a mené plus de cent entrevues avec une population d'individus qui fréquentent les services de santé mentale dans une zone rurale qui présente « a distinctive “emotional terrain”, marked by widely shared beliefs about the inappropriateness of disruptive emotional display » (2005, p. 87). Pour l'essentiel, les auteurs arguent que la culture émotionnelle propre aux Highlands écossais, marquée par un impératif de secret et de retenue, a un impact direct sur l'expérience comme sur le traitement de la maladie mentale : « such beliefs, we argue, serve to “discipline” people with mental health problems, forcing them to conceal their difficulties in ways that might ultimately be unhealthy for them » (2005, p. 87).

Parr *et al.* s'intéressent à un aspect très concret de l'expérience de la maladie mentale en milieu rural, celui des qualités immédiates des relations avec l'entourage. Les individus sont intégrés à ou exclus de réseaux à la fois serrés et restreints qui se déploient dans quelques espaces publics difficiles à éviter. Cette situation

géographique, couplée à la culture émotionnelle dominante, impose aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale de développer des compétences et des stratégies pour éviter de dévoiler leur état, qu'il s'agisse de dévier les conversations ou de camoufler leurs affects :

« This may sound undramatic, but when experiencing acute or chronic depression or feeling the devastating personal effects of severe social anxiety, for example, interacting “normally” in rural public spaces *through which only a handful of very familiar people pass* is a stunning and quite exhausting achievement » (2005, p. 95).

Cette « géographie émotionnelle du territoire » peut se coupler à une « géographie émotionnelle du sujet » où la question de ses frontières, de ses limites et de la manière dont elles sont définies dans et par la pratique occupe un rôle central. En géographie de la santé mentale, on étudie d'abord la manière dont ces limites sont constamment menacées et défendues.

De ce point de vue, le trouble obsessionnel compulsif, entre autres exemples, apparaît comme un problème spatial, où l'individu s'occupe continuellement de protéger ses frontières et de se constituer un espace « propre », lequel est constamment mis en péril par le mouvement perpétuel des choses et des personnes. C'est du moins l'argument que développent Segrott et Doel (2004, pp. 603-604), qui élaborent pour ce faire une « géographie des germes » :

« Public spaces more generally are often very traumatic for people with OCD [*trouble obsessionnel compulsif*]. It may be impossible to maintain a protective zone or barrier between the self and other bodies and objects. People disrupt the “proper” spatial order. They break down and invade the bounded, protected self, and precipitate an illicit circulation of materials. “Dirty” objects come into contact with “clean” ones, and contaminants consequently proliferate everywhere. In this sense, OCD may be seen as constituting a heightened sensitivity to the ways in which other people make use of, and project themselves into, space ».

À l'instar de Davidson (2000a) pour l'agoraphobie et de Parr (1999) pour le délire, Segrott et Doel considèrent que, dans le trouble obsessionnel compulsif, « The boundaries of the self are under perpetual threat from outside forces and must be constantly monitored and maintained » (2004, p. 602).

Dans un esprit semblable, Davidson (2000b) décrit les différentes stratégies utilisées par les femmes agoraphobes pour se protéger des espaces ouverts, généralement vécus comme une menace à la sécurité ontologique. Dans ces espaces, les frontières du sujet semblent vouloir se dissoudre. Elle rapporte que la pluie, le brouillard ou la noirceur, qui réduisent le champ de vision, présentent un caractère rassurant. Pour des raisons semblables l'usage d'un parapluie offre un certain soulagement, parce qu'il peut former une barrière entre soi et le monde : « It might not actually stop the sky from falling on the subject's head, but it does afford some temporary relief » (2000b, p. 34). Comme le montrent ces quelques exemples, la saisie des troubles mentaux par leur dimension spatiale engage à mettre de l'avant comment le corps et la subjectivité sont mis en jeu ou vécus dans l'espace. Cette « géographie du soi » met en exergue les limites et les frontières tangibles du sujet et mène à examiner l'expérience du monde tel que ressenti, et non plus seulement représenté.

Ce que ces travaux mettent également en évidence, c'est le caractère palpable du vécu corporel de la vie sociale et l'implication immédiate du corps dans l'expérience de la maladie mentale. Les émotions comme les sensations s'y révèlent d'ailleurs aisément accessibles par les méthodes qualitatives classiques. Dans cette perspective, pour la sociologie, le défi est aujourd'hui plus heuristique que méthodologique. Il s'agit de trouver comment intégrer le corps vécu et ressenti à sa représentation de la vie sociale. Les écrits en géographie émotionnelle et en géographie de la santé mentale montrent avec éloquence que, comme médiateur nécessaire de l'expérience, le corps participe

toujours des relations à soi, aux autres, aux institutions et aux objets. Autrement dit, il est partie intégrante de la subjectivité et ne se donne jamais à vivre hors du social.

9.4 Émotions et sensations

Il ne faut toutefois pas oublier que le problème du corps, des émotions et des sensations fait depuis longtemps partie des préoccupations de la sociologie et de l'anthropologie de la médecine. En 1987, Scheper-Hugues et Lock proposent d'opérer une distinction entre le corps individuel, qui invite à une réflexion phénoménologique et ouvre aux questionnements sur le *self*, le corps social, lié aux représentations et à l'univers symbolique qui permet de penser les relations entre nature, culture et société, et le corps politique, à lire à travers les concepts de régulation, de contrôle et de surveillance des corps individuels et collectifs. Ce faisant, ces auteures cherchent à développer une approche qui permet de relier ces trois corps tout en dépassant les dichotomies classiques (nature/culture, individu/société, corps/esprit) qui limitent la portée de la réflexion. C'est dans les émotions qu'elles trouvent le chaînon manquant qui pourrait permettre de supplanter la rigidité de la réflexion sur le corps :

« Insofar as emotions entail both feelings and cognitive orientations, public morality, and cultural ideology, we suggest that they provide an important "missing link" capable of bridging mind and body, individual, society, and body politic » (1987, pp. 28-29).

En écrivant sur le « mindful body », elles mettent de l'avant le caractère indissociable du corps et de la subjectivité tout en s'attaquant à la question du langage, récurrente dans les réflexions sur le caractère incarné de la vie sociale :

« The language of the body, whether expressed in gesture or ritual or articulated in symptomatology (the "language of the organs") is vastly more ambiguous and overdetermined than speech. [...] We might, perhaps, think of those essentially wordless

encounters between mother and infant, lover and beloved, mortally ill patient and healer, in which bodies are offered, unreservedly presented to the other, as prototypical. In collective healing rituals there is a merging, a communion of mind/body, self/other, individual/group that acts in largely non-verbal and prereflexive ways to “feel” the sick person back to a state of wellness and wholeness and to remake the social body » (1987, p. 29).

En 1996, Williams et Bendelow développent un argument semblable et invitent eux aussi, par l'étude des émotions, à réfléchir au-delà des dichotomies classiques déjà évoquées par Sheper-Hugues et Lock, mais aussi entre autres par Csordas (1988, 1994) ou Crossley (1995). Pour ce faire, ils mettent l'emphase sur

« [...] the fundamentally embodied nature of human emotions as an on-going structure of lived experience, and an active mode of being-in-the-world; one which provide the existential basis of culture and self, human sociability and social institutions » (1996a, p. 46).

À peu près à la même époque, les études féministes, en cherchant à bousculer les associations masculin/raison et féminin/passion, tracent les contours d'un « corporeal feminism » qui propose, comme l'article Grosz (1994, p. ix), « a refiguring of the body so that it moves from the periphery to the center of analysis, so that it can now be understood as the very “stuff” of subjectivity ». Autrement dit, on cherche à mettre de l'avant l'imbrication du corps et de la subjectivité, au-delà des pratiques et des représentations traditionnellement étudiées par la sociologie.

Depuis le début des années 2000, on insiste de plus en plus sur l'urgence de comprendre la vie sociale comme étant non seulement émotionnelle, mais aussi sensuelle et incarnée, certains parlant même d'une révolution idéologique :

« It has taken an ideological revolution to turn the tables and recover a full-bodied understanding of culture and experience. It has taken a sensual revolution. Once the encompassing grip of the “science of signs” (modeled on linguistics) is broken, we are brought – perhaps with a gasp of surprise or a recoil of disgust – into the realm of the body

and the senses. *Il y a hors du texte!* "The limits of my language are not the limits of my world." » (Howes, 2005, p. 1)

L'invitation à rendre compte de ce qui se vit dans le corps mais au-delà du langage tout en étant pleinement intégré aux relations sociales se fait de plus en plus pressante. En raison de leur caractère mouvant, furtif et évasif, la sociologie et l'anthropologie peinent toujours à faire tenir les sens et les sensations dans un cadre conceptuel qui permettrait de bien refléter la place qu'ils occupent et le rôle qu'ils jouent dans la vie sociale. Certains proposent d'en faire un moyen heuristique, un outil permettant d'approfondir la compréhension de phénomènes déjà à l'étude qui, sous l'angle sensuel, peuvent révéler plus ou mieux les enjeux de la vie sociale tant chez les individus qu'à l'échelle des cultures et des sociétés :

« The "senses," in fact, are not just one more potential field of study, alongside, say, gender, colonialism or material culture. The senses are the media through which we experience and make sense of gender, colonialism and material culture » (Howes, 2005, p. 4).

Point de détail théorique, cette approche du problème invite à dépasser les limites de l'usage le plus courant du concept d'*embodiment*, qui est lié à la représentation du corps comme artéfact symbolique, comme « a social category with different meanings imposed and developed by every age, and by different sectors of the population » (Synnott, 1993, p. 1). D'ailleurs, Crossley (2006) argue que, pour l'essentiel, la sociologie du corps se concentre sur l'étude de « l'*embodiment* réflexif », les auteurs classiques mettant chacun l'accent sur une dimension différente des pratiques et des représentations du corps : la construction réflexive du soi chez Giddens, le pouvoir et la domination chez Foucault, les classes sociales et l'*habitus* chez Bourdieu. Non pas que l'étude du corps pratiqué et représenté soit fausse ou superflue : elle permet bien de montrer quelque chose de leur position dans la vie sociale. Seulement, elle n'autorise pas à approcher le vécu sensible de la société et la dimension charnelle des faits sociaux et politiques.

Peut-être parce qu'elles sont plus faciles à nommer, les émotions dominent l'étude du caractère senti de la vie sociale. Elles semblent d'ailleurs plus facile à saisir pour les sociologues, qui peuvent se tourner vers les auteurs classiques qui ont déjà pavé la voie. Par exemple, Elias (1973, 1975, 1991) place la pudeur et la honte au centre de son analyse de l'évolution de l'économie psychique et de la formation de l'individu contemporain. Plusieurs commentateurs se sont d'ailleurs intéressés aux apports potentiels des travaux de Durkheim pour le développement d'une sociologie des émotions (par exemple Shilling, 1997). On retrouve également les émotions ça et là dans l'interactionisme symbolique, entre autres chez Goffmann, et elles sont présentes dans la sociologie de Simmel (voir Gerhards, 1986). Toutefois, malgré quelques appels lancés dans les années 1970 et 1980 (entre autres Hochschild, 1975; Shott, 1979), ce n'est que récemment qu'a commencé à se développer une véritable sociologie des émotions (par exemple Bendelow et Williams, 1998; de Courville Nicol, 2011; Stets et Turner, 2006; Williams et Bendelow, 1996b).

À l'inverse, on peine toujours à élaborer une sociologie des sensations, ou une sociologie par les sensations. Comme le formule Crossley, « The body eludes sociology every time it is dissociated from and juxtaposed to the social or one of its aspects; that is, every time sociologists "forget" that the social is embodied and that the body is social » (1995, p. 44). Il nous rappelle par ailleurs, avec Merleau-Ponty, que l'*embodiment* « is the very basis of experience » (1995, p. 48). Certains avancent que le défi qui se pose aujourd'hui à la sociologie est d'allier le point de vue traditionnel de la discipline, qui fait du corps un objet créé ou déterminé par le social, et celui auquel invite à une sociologie charnelle, pour reprendre la terminologie proposée par Crossley, qui privilégie l'étude de l'expérience et tend à délaissé le problème de l'organisation ou de la structure sociale (Howson et Inglis, 2001).

Dans un autre ordre d'idées, un flou conceptuel règne encore autour des émotions, des sensations, de leur définition et de la relation qu'elles entretiennent. Si la philosophie se penche depuis longtemps sur ces questions, il n'existe pas de consensus et les réflexions sociologiques ou anthropologiques sur le sujet sont assez rares. On peut néanmoins s'appuyer sur les arguments de Paolo Santangelo (2006, p. 2), qui résume la situation en ces termes :

« As has been demonstrated, and as experience itself confirms, bodily sensations have no clear borderlines with emotions. In fact, their relationship is the object of debate. Some scholars stress the abstraction of the differentiation between emotion and sensation, and state that this artificial concept may be due to unconscious absolutization of folk dichotomy opposing body and mind (Coulter 1986, Wierzbicka 1994) ».

Santangelo propose que les émotions se démarquent par leur caractère relationnel ou interpersonnel et par le fait qu'elles impliquent toujours un jugement ou une évaluation, tandis que les sensations sont plutôt physiques et localisées, mais pas nécessairement réflexives. Il invite à opérer une distinction entre émotions et sensations, mais à ne jamais oublier le lien indissociable qui les unit :

« Understanding sensations means understanding the most essential reactions of our beings, reflecting on human perception of pleasure and pain, and recreating new images of the self. What we intend to take into consideration is the idea of a continuous interaction between emotions and sensations » (2006, p. 6).

Ainsi, la peur et le dégoût qu'éprouve l'anorexique à la vue ou au toucher d'un aliment gras est indissociable de sa texture ou de la manière dont elle le sent cheminer dans son appareil digestif. Les sensations que procurent les aliments sont inséparables des émotions qui leur sont rattachées.

Bien que les deux soient, dans la littérature, le plus souvent confondues²⁸, je propose de comprendre les émotions comme étant nécessairement des sensations mais aussi plus qu'elles, notamment par leur caractère réflexif. Les sensations telles que je les entends renvoient quant à elles à ce qui nous est donné à vivre par les sens, mais aussi aux divers états corporels qui relèvent de l'intime et, souvent, de l'indicible. Si les émotions s'attachent à un ensemble de sensations hors desquelles elles n'existent pas – autrement dit, elles sont nécessairement vécues par le corps – les sensations ne sont pas toujours des émotions et débordent le langage. Elles ne s'inscrivent pas pour autant hors de l'ordre social. Les émotions autant que les sensations ne sont signifiantes que par la culture de celui qui les éprouve, qui les façonne tout autant qu'elle leur donne sens. Comme l'écrit Howes (2005, p. 3), « The sensory order, in fact, is not just something one sees or hears about; it is something one *lives* ». Émotions et sensations sont la société et la culture vécues dans la chair, leur expression la plus prégnante et c'est par le corps non pas seulement pratiqué ou représenté, mais aussi ressenti, que le culturel et le social se révèlent être le matériau brut à partir duquel se construit l'expérience de soi et du monde.

9.5 Le langage, ses limites et les sensations comme fait social

Au-delà de considérations philosophiques, théoriques ou épistémologiques sur le statut des émotions, des sensations et des affects, l'objectif est surtout d'en arriver à une meilleure intégration de la maladie mentale telle que les personnes touchées en font l'expérience, de comprendre comment cette expérience s'inscrit dans le social, en dérange, le dérange ou le subvertit. Il s'agit également de permettre à l'analyse de

²⁸ Certains auteurs distinguent également les émotions et les sensations des pensées, des sentiments et des affects que Shouse, par exemple, décrit comme « a “non-conscious experience of intensity” which cannot be fully realized in language » (2005, en ligne, cité dans Lipman, 2006, p. 618).

demeurer fermement ancrée dans le matériel empirique. Elle touche à des questions qui, dominées par des considérations philosophiques, semblent rapidement perdre de leur consistance et s'éloigner du caractère pourtant très concret qu'elles revêtent pour ceux qui luttent avec des sensations aussi extrêmes que celles décrites par les anorexiques, les boulimiques, les psychotiques ou les déprimés.

Comme je l'ai évoqué précédemment, l'étude des émotions et des sensations pose un double défi aux sciences sociales. Une première difficulté consiste à les extraire du contexte individuel pour les mobiliser afin d'approfondir la compréhension du social. Il faut travailler au-delà l'analyse phénoménologique pour montrer comment elles dépassent l'individu et sont aussi un fait collectif (Harrison, 2000). À cet effet, la sociologie peut tirer profit de l'emphase que mettent les géographes sur la dimension spatiale des émotions et des sensations, qui a déjà prouvé sa valeur heuristique. La fécondité de cette entreprise ne témoigne pas tant d'une domination de la dimension spatiale dans le vécu sensuel et émotionnel que de l'importance de ne pas extraire l'expérience de son contexte, lequel devient tangible entre autres à travers l'étude des espaces dans lesquels évolue l'individu. Il est possible de traiter d'une manière semblable les autres dimensions de la vie sociale, que ce soit le contexte normatif et les exigences de l'individualité contemporaine, le contexte institutionnel ou la position dans l'échelle sociale, autant d'éléments qui jouent tant sur le vécu subjectif que sur la manière dont les relations se nouent et sur les possibilités de mettre en mots la dimension sensible de l'existence.

Le second défi concerne le fait que les émotions et les sensations ne se laissent jamais réduire au langage. Elles relèvent d'un autre registre. Elles représenteraient « a kind of corporeal thinking », (Thrift, 2004, p. 67) à une époque où le langage humain « is no longer assumed to offer the only meaningful model of communication » (Thrift, 2004, p. 59). La difficulté est de gagner accès aux émotions et aux sensations alors que l'écrit

et la parole demeurent, à toute fin pratique, les seuls moyens de communication en sciences sociales. Autrement dit, l'objet menace d'échapper au chercheur dès qu'il tente d'en rendre compte.

Dans les réflexions sur ce problème, on fait régulièrement appel à Wittgenstein et à son *Tractatus logico-philosophicus*, où apparaît son célèbre aphorisme : « Les limites de mon langage signifient les limites de mon propre monde » (1961, p. 141). C'est ce à quoi s'oppose Howes (2005, p. 1) lorsqu'il s'exclame : « Il y a hors du texte! ». Une lecture littérale suggère que cette dimension incarnée de l'expérience, qui relève du non-dit ou de l'indicible, échappe au monde et marque la frontière de ce dont on peut légitimement parler. Émotions et sensations ne pourraient pas faire l'objet d'un discours scientifique, qui s'engagerait dans un territoire pour lui illégitime.

Cependant, si c'est une chose de dire que, par définition, émotions et sensations échappent au langage ou le dépassent, c'en est une autre d'affirmer qu'elles ne peuvent pas au moins partiellement s'y couler. À ce propos, la position adoptée par Parr *et al.* semble être la plus porteuse. Pour eux, si le sujet évolue dans un monde plus ou moins limité en fonction de ce qu'il arrive à dire, le chercheur peut prendre pour objet les dynamiques qui contribuent à la définition de ces frontières :

« This being said, while a non-representational position traces this emotional ineffability to language's failings when confronted with the surplus of content seemingly endemic to an emotional register, we prefer to think in terms of different people in different places being more or less successful in their attempts to convey emotional states using ordinary language. While we agree that in a strict philosophical sense words can *never* be all that good at mirroring the fundamentally different “stuff” that is emotions, we also take the famous Wittgensteinian dictum that “the limits of our language are the limits of our world” as a warrant for contemplating – in a quite empirical vein – how some worlds may, quite simply, be more limiting than others in what they permit those dwelling within them to say (see Smith, this volume). This means that it might be more pertinent to trace the unsayability of emotions in certain situations to the workings of local power relations, noting the greater or lesser influence or norms and expectations as bound up with which figures and institutions are effective locally, than to some distant philosophical impasse » (Parr *et al.*, 2005, p. 98).

Autrement dit, Parr *et al.* insistent non pas sur le caractère intraductible de l'expérience sensuelle et émotionnelle, mais plutôt sur ce qu'on peut dire des déterminants sociaux qui jouent sur ce que l'individu parvient ou ne parvient pas à exprimer.

Si les obstacles sont aussi nombreux que les possibilités qui s'offrent à cette approche en émergence, la question de la santé mentale semble être un terrain de choix pour participer au développement d'une véritable sociologie de la chair : c'est probablement là que l'intrication de l'expérience subjective à la fois au corps et au social apparaît le plus clairement. Cette sociologie de la chair prendrait pour objet l'expérience sensible de la vie sociale, la présence des sensations dans toute la gamme des relations qu'entretient l'individu et le bagage culturel, social et politique qu'elles charrient lorsqu'elles sont vécues, interprétées, exprimées, pratiquées ou masquées. En bref, cette sociologie tiendrait enfin compte du corps qui, après tout, est toujours partie prenante de l'expérience, représente le plus petit dénominateur commun de l'existence humaine et forme la matière même à partir de laquelle la société se donne à vivre.

Depuis un peu plus de quinze ans, les sciences sociales se tournent plus ou moins résolument vers le corps, les émotions et les sensations pour approfondir ou transformer la connaissance des divers phénomènes qu'elles sont appelées à étudier. Dans le cas qui nous intéresse, la tâche consiste à chercher dans le corps ce qui distingue l'expérience de la folie de celle de la déviance, et de situer ce que le travail ethnographique aura permis de dégager au sein des dynamiques qui animent nos sociétés. Autrement dit, il s'agit de sortir les sensations et les émotions du domaine privé dans lequel elles sont encore confinées et de réfléchir leurs significations au-delà des interactions et du quotidien dans lequel elles sont imbriquées.

Il s'agit aussi de regarder mieux et autrement le contexte de l'expérience, de l'inscrire pleinement dans le social tout en échappant aux limites de l'analyse du discours et des représentations. La sociologie doit aujourd'hui continuer à mettre en évidence les traits dominants de la normativité contemporaine, lesquels sont soulignés par le dogme psychiatrique et mis au défi dans la maladie mentale. Cette tâche impose désormais le développement d'une compréhension plus achevée de la manière dont l'individualité, la subjectivité et le social surviennent d'abord dans et par la chair.

CONCLUSION

Poser la question des troubles alimentaires et de leur rapport à la norme, c'est interroger la relation entre individu et société : toute réflexion sur la dimension sociale du phénomène repose sur une représentation au moins sous-jacente de ce lien. En détachant l'anorexie et la boulimie de l'expérience de l'individualité, l'analyse ne touche plus qu'une partie du problème, coupée du contexte plus large dans lequel il prend racine. Elle devient aveugle à l'ensemble des processus qui concourent à la formation et à la transformation de l'individu et masque le mouvement perpétuel qui l'anime. Ce faisant, anorexie et boulimie deviennent deux blocs stables, homogènes, aux significations fixes qui ne demanderaient qu'à être interprétées. Or, la sociologie nous apprend que le sens se construit dans l'action et que l'individu est un processus, qu'il évolue sans cesse, au gré des relations qui concourent à sa formation.

C'est avec ces idées en tête que j'ai abordé les troubles alimentaires, définis par les canons psychiatriques mais les débordant largement. Hors des critères stricts et toujours plus précis à partir desquels on les définit et les caractérise, ils sont avant tout une diversité d'expériences uniques, situées et incarnées, inextricablement liées au contexte dans lequel elles prennent place. De fait, les troubles alimentaires ne peuvent jamais être saisis hors de la norme; ils n'existent que parce qu'ils l'enfreignent. La normativité définissant avant tout les paramètres de l'individualité, les femmes touchées se réfléchissent et pensent leurs pratiques dans, par, avec et contre la norme. Or, dans l'anorexie et la boulimie, le rapport à la norme semble hautement tordu, alliant en apparence une conformité excessive aux normes et attentes qui pèsent sur tout un chacun et un rejet pur et simple du lien social. C'est cette relation, couplée aux affects

que soulèvent ces corps tels que pratiqués et représentés, qui semble soutenir l'impérieuse nécessité de faire sens de ces phénomènes.

Sans surprise, les analyses des troubles alimentaires comme problème social et comme problème du social évoluent au même rythme que la théorie sociologique. De l'aliénation par le capital à l'éclatement de l'individu des théories postmodernes, la manière dont on comprend la boulimie et l'anorexie, dont la présentation demeure pourtant plutôt stable à travers le temps, se transforme à mesure qu'évoluent la société, ses institutions et son cadre normatif. Si l'analyse se frotte à un objet qui ne semble se transformer que dans la manière dont on construit son sens, les diverses interprétations semblent à certains égards chercher dans le raffinement constant des cadres conceptuels et théoriques une manière d'en rendre compte qui échapperait aux variations historiques, mais elles démontrent par là leur perméabilité aux déterminations sociales.

L'analyse par la famille pense les troubles alimentaires comme le fruit de relations malsaines entre parents et enfants qui non seulement expliquent les failles dans la personnalité ou dans la « consistance interne » de ce dernier, mais déterminent aussi la manière dont ces défauts se donnent à voir et à vivre. Ici, l'action de l'individu n'est jamais dirigée vers lui-même, mais toujours vers les autres. Il chercherait hors de lui un regard approbateur, un appui qui lui permettrait de combler ses carences. L'approche biomédicale, quant à elle, postule aussi une vulnérabilité du sujet qu'elle situe dans l'espace psychologique, mais se concentre d'abord sur le rapport de cause à effet qui unirait les modèles esthétiques et les troubles alimentaires, sans s'intéresser plus aux dynamiques qui pourraient supporter cette relation. L'analyse féministe et sociale, en situant l'explication au cœur même du social, aborde la question différemment : anorexiques et boulimiques, placées dans une posture de victime, se voient dépouillées de leur capacité d'agir de manière autonome, dès lors exonérées de toute responsabilité quant à leurs pratiques. Leur rémission serait une lutte contre le social.

La nécessité d'une distance critique aux normes et injonctions qui modulent la relation au corps et définissent les modèles de féminité est l'une des constantes de cette littérature. Comme dans les approches biomédicale et familiale, c'est cette distance qui, dans l'individu anorexique ou boulimique, fait défaut. Il souffrirait de se coller aux exigences normatives qui traversent nos sociétés, de s'y plier à un point tel qu'il en viendrait à donner corps à la somme des leurs contradictions. En ce sens, les femmes touchées par les troubles alimentaires souffriraient d'un double déficit. Un déficit en autonomie d'abord, au sens premier du terme : elles n'écriraient pas leurs propres règles, n'obéissant toujours qu'à celles que l'on définit pour elles. Un déficit en responsabilité ensuite, parce qu'en échouant à « voler de leurs propres ailes » ou à se définir à distance de la normativité sociale, elles échoueraient aussi à assumer les tâches qui leur reviennent, à avancer par elles-mêmes dans le monde sans dépendre d'autrui.

Pour formuler ce diagnostic, on s'appuie généralement sur les motivations qui porteraient les pratiques anorexiques et boulimiques. L'essentiel de la recherche s'organise d'ailleurs autour de l'idée qu'il puisse être possible d'identifier, de quantifier ou de qualifier les intentions derrière les troubles alimentaires, que ces intentions auraient une réalité ontologique, qu'elles demeureraient tapies dans l'ombre jusqu'à ce qu'un chercheur les découvre. Ce faisant, le risque est grand d'en venir à expliquer les souffrances d'un ensemble de jeunes femmes à partir de motifs qui trahissent la réalité de leur trouble. Des voix commencent d'ailleurs à s'élever pour que l'on cesse de questionner leurs causes et que l'on commence à interroger l'expérience de l'anorexie et de la boulimie, pour que l'on détache la représentation des troubles alimentaires de la quête esthétique à laquelle on les a trop souvent assimilés. Certaines prennent la parole pour expliquer qu'on leur pose systématiquement les mauvaises questions auxquelles on apporte, en toute logique, les mauvaises réponses.

S'il est aisé de démontrer comment les troubles alimentaires s'inscrivent en continuité avec la norme, il est tout aussi simple de montrer en quoi ils sont infraction à la norme. Néanmoins, en dépit des efforts mobilisés, on ne parvient pas à les extraire de l'ordre pathologique, à montrer ce qui sépare l'expérience des anorexiques et des boulimiques de celle des adeptes de pratiques ordinaires d'entretien du corps. C'est ici qu'entre en jeu l'univers des émotions et des sensations constitutives des troubles alimentaires, hors duquel ils n'ont pas de réalité. C'est dans la chair que se donne à vivre ce que l'on étudie d'abord comme mental pathologique, production discursive ou problème du sens. Les sciences sociales comme les autres disciplines qui s'intéressent au phénomène auraient tout intérêt à porter plus et mieux attention à cette dimension essentielle du vécu anorexique et boulimique.

Il faut dire qu'on observe déjà un mouvement dans ce sens. Non seulement on publie un nombre toujours grandissant de travaux sur les dimensions politique, sociale et morale des émotions et des sensations et sur le caractère incarné de la vie en société, mais ce vocabulaire est de plus en plus présent dans l'espace public. En avril 2015, plus de 400 psychothérapeutes, conseillers psychologiques et chercheurs universitaires britanniques ont signé une lettre ouverte dans le quotidien *The Guardian* pour dénoncer ce qu'ils nomment « the emotional toxicity of neoliberal thinking²⁹ », dont les effets se traduisent dans les cabinets de consultation. C'est bien de santé mentale dont traitent les auteurs; seulement, celle-ci se décline ici sous des termes émotionnels. Une telle chose aurait probablement été impensable il y a vingt ans. Dans ce cadre, les évolutions récentes en sciences sociales sont l'une des formes que prennent les transformations plus larges de la vie sociale et de la manière dont on l'interprète. Autrement dit, le fruit

²⁹ <http://www.theguardian.com/society/2015/apr/17/austerity-and-a-malign-benefits-regime-are-profoundly-damaging-mental-health>

est mûr pour un déplacement du regard que l'on porte sur l'expérience des sociétés contemporaines et de la modernité.

Le fait que l'on comprenne de plus en plus la vie sociale en termes d'émotivité et de sensibilité et ce, au moment même où s'opère un passage d'une compréhension psychologique à une compréhension biologique de l'individualité et des problèmes sociaux, n'est pas anodin. De part et d'autre, le regard se tourne bel et bien vers le corps, vers les processus physiologiques et leur expression subjective. Il revient à la sociologie et aux sciences sociales d'explorer les dynamiques et de mettre au jour les conséquences de ce déplacement de la pensée. Si les critiques fusent déjà quant au caractère parfois réducteur d'une telle approche, qui rabat l'individu sur sa seule biologie et, dans le cas d'une certaine branche des neurosciences, espère expliquer la totalité de la vie sociale et le comportement des individus à partir des seuls processus neuronaux, il importe de se méfier des condamnations hâtives.

Certes, les dérives sont possibles et on peut déjà les voir à l'oeuvre. Ainsi en va-t-il du danger de réduire les problèmes de santé mentale à des seuls processus biologiques, d'oublier qu'ils ont tout à voir avec la société dans laquelle ils prennent place et qu'ils sont absolument inséparables du système normatif qui organise cette société. Toutefois, ces transformations marquent aussi le retour d'un niveau de réalité qui a longtemps été relégué à l'arrière-plan, alors qu'il s'impose continuellement aux individus, de la première à la dernière seconde de leur existence. Le retour au corps qui s'opère en sciences sociales porte de ce fait la promesse d'une compréhension plus profonde de l'expérience de la modernité, d'une alliance théorique et conceptuelle entre la déconstruction opérée pour montrer qu'il n'y a pas de telle chose qu'un corps pré-culturel et la reconnaissance de la réalité toujours présente qu'est celle de notre biologie.

L'émergence de cette pensée représente une évolution fort bienvenue, mais elle annonce un approfondissement bien plus qu'une révolution de notre compréhension de l'organisation sociale. En effet, alors que les termes par lesquels elle s'impose à nous semblent être en mutation, les principes fondamentaux de la normativité ne se transforment que peu. Si la théorie comme la société dans son ensemble se penchent de plus en plus sur la corporalité et si l'expérience subjective de l'individualité est de ce fait transformée, les principes fondamentaux qui la définissent demeurent plutôt stables. Ainsi, le couple autonomie/responsabilité ne perd pas de sa puissance structurante, mais s'exprime ailleurs et autrement. L'individu est toujours enjoint à se prendre en main, mais son action doit aujourd'hui être dirigée autant vers le perfectionnement de sa psychologie que vers l'harmonie de ses processus biologiques, garante de son bien-être physique et mental.

Les troubles alimentaires mettent mieux que d'autres en évidence ce qui participe de tous les troubles mentaux, à savoir leur caractère incarné. Longtemps laissé de côté, celui-ci ne trouve que difficilement sa traduction dans le vocabulaire froid de la psychiatrie officielle. En participant au mouvement pour la reconnaissance de cet aspect fondamental du vécu de la maladie mentale, j'espère à contribuer au développement d'une meilleure compréhension de ces phénomènes tant sur le plan individuel et subjectif que sur le plan social. Il s'agit, dans le même mouvement, de poursuivre la réflexion sur l'individualité contemporaine, ses zones d'ombres et les souffrances qu'elle porte en germe, de manière à en développer une représentation plus juste qui, peut-être, pourra permettre de développer des réponses mieux adaptées.

ANNEXES

ANNEXE A

DÉTAIL DU CORPUS : LE PARADIGME BIOMÉDICAL

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 65			
1962	Crisp, A.H. et F.J. Roberts	A case of anorexia nervosa in male	<i>Postgraduate Medical Journal</i> , 38, 350-353.
1965	Crisp, A.H.	Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa – a study of 30 cases	<i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 11, 117-131.
1972	Crisp, A.H. et D.A. Toms	Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male : Report on 13 cases	<i>British Medical Journal</i> , 1, 334-338.
1979	Garner, D.M. et P.E. Garfinkel	The Eating Attitudes Test : An index of the symptoms of anorexia nervosa	<i>Psychological Medicine</i> , 9(2), 273-279.
1980	Crisp, A.H.	Anorexia Nervosa : Let Me Be	Londres : Academic Press.
1980	Garner, D.M. et P.E. Garfinkel	Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa	<i>Psychological Medicine</i> , 10, 647-656.
1982	Garfinkel, P.E. et D.M. Garner	Anorexia Nervosa : A Multidimensional Perspective	New York : Brunner/Mazel.
1983	Casper, R.C.	On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome. A historical view	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 2(3), 3-15.
1983	Chiodo, J. et P.R. Latimer	Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia	<i>Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry</i> , 14(2), 131-135.
1983	Garner, D.M. et al.	Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 2, 15-34.
1983	Prince, R.	Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome ?	<i>Transcultural Psychiatry</i> , 20, 299-300.
1983	Yates, A. et al.	Running – an analogue of anorexia ?	<i>New England Journal of Medicine</i> , 308(5), 251-255.
1985	Hamilton, L.J. et al.	Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 4(4), 465-477.
1985	Prince, R.	The concept of culture-bound syndromes : Anorexia nervosa and brain-fag	<i>Social Science & Medicine</i> , 21(2), 197-203.
1985	Russell, G.F.M.	The changing nature of anorexia nervosa : An introduction to the conference	<i>Journal of Psychiatric Research</i> , 19(2/3), 101-109.
1985	Swartz, L.	Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome	<i>Social Science & Medicine</i> , 20, 725-730.
1986	Norvell, N. et E. Cooley	Diagnostic issues in eating disorders : Two cases of atypical eating disorders	<i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i> , 16, 317-323.
1986	Pumariega, A.J.	Acculturation and eating attitudes in adolescent girls : A comparative and correlational study	<i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 25, 276-279.
1987	Chadda, R. et al.	Socio-cultural factors in anorexia nervosa	<i>Indian Journal of Psychiatry</i> , 29(2), 107-111.
1988	Feldman, W. et al.	Culture versus biology : Children's attitudes toward thinness and fatness	<i>Pediatrics</i> , 81, 190-193.

Année	Auteur	Titre	Référence
1988	Nasser, M.	Culture and weight consciousness	<i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 32(6), 573-577.
1988	Nasser, M.	Eating disorders : The cultural dimension	<i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 23(3), 184-187.
1990	DiNicola, V.F.	Anorexia multiforme : Self-starvation in historical and cultural context. Part I : Self-starvation as a historical chameleon	<i>Transcultural Psychiatry</i> , 27, 165-196.
1990	DiNicola, V.F.	Anorexia multiforme : Self-starvation in historical and cultural context. Part II : Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome	<i>Transcultural Psychiatry</i> , 27, 245-285.
1990	McCarthy, M.	The thin ideal, depression and eating disorders in women	<i>Behaviour Research and Therapy</i> , 23(3), 205-215.
1992	Banks, C.G.	"Culture" in culture-bound syndromes : The case of anorexia nervosa	<i>Social Science & Medicine</i> , 34(8), 867-884.
1993	Beumont <i>et al.</i>	Treatment of anorexia nervosa	<i>The Lancet</i> , 341 (8861), 1635-1640.
1993	Garner, David M.	Pathogenesis of anorexia nervosa	<i>The Lancet</i> , 341(8861), 1631-1635.
1993	Hsu, L.K. et S. Lee	Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa ?	<i>American Journal of Psychiatry</i> , 150, 1466-1471.
1993	Lee, S. <i>et al.</i>	Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa : A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong	<i>Psychological Medicine</i> , 23(4), 999-1017.
1993	Thiel, A. <i>et al.</i>	Subclinical eating disorders in male athletes. A study of the low weight category in rowers and wrestlers	<i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 88, 259-265.
1994	Killen, J.D. <i>et al.</i>	Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls : A three-year prospective analysis	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 16(3), 227-238.
1994	Stice, E.	Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action	<i>Clinical Psychology Review</i> , 14(7), 633-661.
1994	Wichstrøm, L. <i>et al.</i>	Social and cultural factors related to eating problems among adolescents in Norway	<i>Journal of Adolescence</i> , 17, 471-482.
1995	Lee, S.	Self-starvation in context : Towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa	<i>Social Science & Medicine</i> , 41(1), 25-36.
1996	Lee, S.	Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome	<i>Social Science & Medicine</i> , 42(1), 21-34.
1997	Thompson S.H. <i>et al.</i>	Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 21(3), 279-284.
1999	Liles, E.G. et S.C. Woods	Anorexia nervosa as viable behaviour : Extreme self-deprivation in historical context	<i>History of Psychiatry</i> , 10, 205-225.
1999	Strober, M. <i>et al.</i>	Atypical anorexia nervosa : Separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 25, 135-142.

Année	Auteur	Titre	Référence
2001	Lee, S.	Fat phobia in anorexia nervosa : Whose obsession is it ?	dans M. Nasser, Melanie A. Katzman et R. Gordon (dirs.), <i>Eating Disorders and Cultures in Transition</i> (p. 40-65). Londres : Routledge.
2001	Miller, M.N. et A.J. Pumariega	Culture and eating disorders : A historical and cross-cultural review	<i>Psychiatry</i> , 64(2), 93-110.
2001	Rieger, E. et al.	Cross-cultural research on anorexia nervosa : Assumption regarding the role of body weight	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 29, 205-215.
2002	Byrne, S. et N. McLean	Elite athletes : Effects of the pressure to be thin	<i>Journal of Science and Medicine in Sport</i> , 5(2), 80-94.
2002	Ramacciotti, C.E. et al.	Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 32, 206-212.
2003	Fairburn, C.G. et P.J. Harrison	Eating disorders	<i>The Lancet</i> , 361(9355), 407-416.
2003	Levitt, D.H.	Drive for thinness and fear of fat : Separate yet related constructs ?	<i>Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention</i> , 11(3), 221-234.
2003	Tozzi, F. et al.	Causes and recovery in anorexia nervosa : The patient's perspective	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 33(2), 143-154.
2004	Becker, A.E.	New global perspective on eating disorders	<i>Culture, Medicine and Psychiatry</i> , 28(4), 433-437.
2004	Becker, A.E.	Television, disordered eating, and young women in Fiji : Negotiating body image and identity during rapid social change	<i>Culture, Medicine and Psychiatry</i> , 28(4), 533-559.
2004	Becker, A.E. et al.	Genes and/or jeans ?	<i>Journal of Addictive Diseases</i> , 23(3), 81-103.
2004	Pike, K. et A. Borovoy	The rise of eating disorders in Japan : Issues of culture and limitations of the model of "westernisation"	<i>Culture, Medicine and Psychiatry</i> , 28(4), 493-531.
2005	Faer, L.M. et al.	The evolutionary psychology of eating disorders : Female competition for mates or for status ?	<i>Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice</i> , 78, 397-417.
2005	Toro, J. et al.	Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa	<i>European Eating Disorders Review</i> , 13, 351-359.
2006	Crisp, A.H. et al.	1.2 The enduring nature of anorexia nervosa	<i>European Eating Disorders Review</i> , 14, 147-152.
2006	Crisp, A.H. et al.	1.5 Anorexia nervosa in males : Similarities and differences to anorexia nervosa in females	<i>European Eating Disorders Review</i> , 14, 163-167.
2007	Abbate-Daga, G. et al.	An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness	<i>Psychiatry Research</i> , 149, 215-221.
2008	Austin, J.L. et Jane E. Smith	Thin ideal internalization in Mexical girls : A test of the sociocultural model of eating disorders	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 41(5), 448-457.
2008	Hogan, M.J. et V.C. Strasburger	Body image, eating disorders, and the media	<i>Adolescent Medicine</i> , 19, 521-546.
2008	Jordan, A.B. et al.	Does adolescent media use cause obesity and eating disorders ?	<i>Adolescent Medicine</i> , 19, 431-449.

Année	Auteur	Titre	Référence
2009	Becker, A.E. <i>et al.</i>	Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V ?	<i>International Journal of Eating Disorders, 42(7), 620-635.</i>
2010	Treasure, J. <i>et al.</i>	Eating disorders	<i>The Lancet, 375, 583-593.</i>
2012	Christodolou, M.	Pro-anorexia websites pose public health challenge	<i>The Lancet, 379, 110.</i>
2012	Juarez, L. <i>et al.</i>	Drive for muscularity and drive for thinness : The impact of pro-anorexia websites	<i>Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention, 20(2), 99-112.</i>
2012	Koruth, N. <i>et al.</i>	A grounded theory exploration of the onset of anorexia in adolescence	<i>European Eating Disorders Review, 20, 257-264.</i>
2014	Allison, S. <i>et al.</i>	Anorexia nervosa and social contagion : Clinical implications	<i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48(2), 116-120.</i>

ANNEXE B

DÉTAIL DU CORPUS : L'ANALYSE PAR LA FAMILLE

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 39			
1973	Bruch, H.	Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within	New York : Basic Books.
1974	Selvini Palazzoli, M.	Self-Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa	Londres : Human Context Books.
1978	Minuchin, S. <i>et al.</i>	Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context	Cambridge et Londres : Harvard University Press.
1979	Bruch, H.	The Golden Cage : The Enigma of Anorexia Nervosa	New York : Basic Books.
1985	Kog, E. et W. Vandereycken	Family characteristics of anorexia and bulimia : A review of the research literature	<i>Clinical Psychology Review</i> , 5(2), 159-180.
1985	Weinreich, P. <i>et al.</i>	Empirical assessment of identity in anorexia nervosa and bulimia nervosa	<i>Journal of Psychiatric Research</i> , 19(2-3), 297-302.
1986	Humphrey, L.L.	Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 5(2), 223-232.
1986	Humphrey, L.L.	Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders	<i>Journal of Abnormal Psychology</i> , 95(4), 395-402.
1987	Strober, M. et L.L. Humphrey	Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 55(5), 654-659.
1988	Bruch, H.	Conversations with Anorexics	New York : Basic Books.
1988	Humphrey, L.L.	Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families	<i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 27(5), 544-551.
1989	Humphrey, L.L.	Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 57(2), 206-214.
1989	Kog, E. et W. Vandereycken	Family interaction in eating disorder patients and normal controls.	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 8(1), 11-23.
1989	Stern, S.L. <i>et al.</i>	Family environment in anorexia nervosa and bulimia	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 8(1), 25-31.
1990	Blouin, A.G. <i>et al.</i>	Family environment in bulimia nervosa : The role of depression	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 9(6), 649-658.
1991	Bailey, C.A.	Family structure and eating disorders : The Family Environment Scale and bulimic-like symptoms	<i>Youth & Society</i> , 23(2), 251-272.
1992	Kent, J.S. et J.R. Clopton	Bulimic women's perceptions of their family relationships	<i>Journal of Clinical Psychology</i> , 48(3), 281-292.
1993	Smolak, L. et M.P. Levine	Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 14(1), 33-41.

Année	Auteur	Titre	Référence
1994	Killian, K.D.	Fearint fat: A literature review of family systems understandings of treatments of anorexia and bulimia	<i>Family Relations</i> , 43(3), 311-318.
1994	Waller, G.	Bulimic women's perceptions of interaction within their families	<i>Psychological Reports</i> , 74(1), 27-32.
1995	Shugar, G. et S. Krueger	Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 17(1), 23-31.
1997	Schmidt, U. et al.	The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders	<i>European Eating Disorders Review</i> , 5(3), 184-207.
1999	Laliberté, M. et al.	Family climates : Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa	<i>Journal of Clinical Psychology</i> , 55(9), 1021-1040.
2000	Lattimore, P.J. et al.	Conflict avoidance in anorexia nervosa : An observational study of mothers and daughters	<i>European Eating Disorders Review</i> , 8(5), 355-368.
2000	Leung, N. et al.	The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women	<i>British Journal of Clinical Psychology</i> , 39(2), 205-213.
2001	Casper, R.C. et M. Troiani	Family functioning in anorexia nervosa differs by subtypes	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 30(3), 338-342.
2001	Rowa, K. et al.	The family and anorexia nervosa : Examining parent-child boundary problems	<i>European Eating Disorders Review</i> , 9(2), 97-114.
2002	Crowther, J.H. et al.	The role of familial factors in bulimia nervosa	<i>Eating Disorders</i> , 10(2), 141-151.
2004	Emanuelli, F. et al.	Family functioning in adolescent anorexia nervosa : A comparison of family members' perceptions	<i>Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity</i> , 9(1), 1-6.
2005	Vidović, V. et al.	Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders	<i>European Eating Disorders Review</i> , 13(1), 19-28.
2007	Hoste, R. et al.	Family interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents	<i>European Eating Disorders Review</i> , 15(2), 152-158.
2007	Ringer, R. et P.M. Crittenden	Eating disorders and attachment : The effects of hidden family processes on eating disorders	<i>European Eating Disorders Review</i> , 15(2), 119-130.
2009	Latzer, Y. et al.	Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders	<i>Journal of Family Issues</i> , 36, 626-646.
2010	Le Grange, D. et al.	Academy for Eating Disorders position paper : The role of family in eating disorders	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 43(1), 1-5.
2012	Carter, J.C. et al.	Interpersonal problems in anorexia nervosa : Social inhibitions as defining and detrimental	<i>Personality and Individual Differences</i> , 53(3), 169-174.
2013	Downs, K.J. et A.J. Blow	A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders : the last 25 years of research	<i>Journal of Family Therapy</i> , 35(1), 3-28.
2013	Lyke, J. et J. Matsen	Family functioning and risk factors for disordered eating	<i>Eating Behaviors</i> , 14(4), 497-499.

Année	Auteur	Titre	Référence
2014	Holtom-Viesel, A. et S. Allan	A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control family	<i>Clinical Psychology Review</i> , 34(1), 29-43.
2014	Sibeoni, J. <i>et al.</i>	Nourriture et relations familiales chez des adolescents avec et sans anorexie mentale : une étude qualitative par Photo-elicitation	<i>Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique</i> , 172(9), 708-713.

ANNEXE C

DÉTAIL DU CORPUS : L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 20			
1993	Guillemot A. et M. Laxenaire	Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture	Paris : Masson.
2000	Vincent. T.	L'anorexie	Paris : Odile Jacob.
2004	Marzano, M.	« Qui suis-je? Que puis-je ? » L'anorexie, le corps du vide et le regard d'autrui	<i>Le Télémaque</i> , 25, 61-72
2006	Corcos, M.	Approche somatique des comportements boulimiques	dans A. Passelecq (dir.), <i>Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême</i> (p. 41-64). Bruxelles : De Boeck.
2006	Jeammet, P.	Préface	dans A. Passelecq (dir.), <i>Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême</i> (p. 7-11). Bruxelles : De Boeck.
2006	Meuret, I.	L'anorexie créatrice	Paris, Klincksieck.
2006	Passelecq, A.	Balises culturelles et psychanalytiques pour déchiffrer les troubles des conduites alimentaires...	dans A. Passelecq (dir.), <i>Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême</i> (p. 19-29), Bruxelles : De Boeck.
2006	Passelecq, A. (dir.)	Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême	Bruxelles : De Boeck.
2008	Brusset, B.	Psychopathologie de l'anorexie mentale	Paris : Dunod
2008	Marinov, V.	L'anorexie, une étrange violence	Paris : PUF.
2008	Deleuze, G. et C. Parnet	Dialogues	Paris : Flammarion.
2009	Rey, Y.	Chanson de geste, ou ce que nous apprend le travail systémique avec les familles où une personne est anorexique	dans T. Vincent (dir.), <i>Soigner les anorexies graves. La jeune fille et la mort</i> (p. 163-187), Toulouse : Érès.
2009	Vincent, T.	Soigner les anorexies graves. La jeune fille et la mort	Toulouse : Érès.
2009	Belot-Fourcade, P.	Dérégulation des origines	<i>Journal français de psychiatrie</i> , 32(1), 12-15.
2009	Cacciali, J.-L.	Un nouvel ordre sexuel	<i>Journal français de psychiatrie</i> , 32(1), 9.
2009	Cacciali, J.-L. et Jean T.	Éditorial	<i>Journal français de psychiatrie</i> , 32(1), 2.
2010	Corcos, M.	Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires	Paris : Dunod.
2010	Jeammet, P.	Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence	Paris : Librairie Arthème Fayard.
2010	Melman, C.	L'inconscient, c'est l'organique	<i>Journal français de psychiatrie</i> , 33(2), 3-4.
2011	Corcos, M.	Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires	Paris : Dunod.

ANNEXE D

DÉTAIL DU CORPUS : L'ANALYSE SOCIALE ET FÉMINISTE

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 73			
1976	Boskind-Lodahl, M.	Cinderella's stepsisters : A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia	<i>Signs</i> , 2(2), 342-356.
1978	Orbach, S.	Fat is a Feminist Issue	Londres : Hamlyn.
1979	Lawrence, M.	Anorexia nervosa : The control paradox	<i>Women's Studies International Quarterly</i> , 2(1), 93-101.
1984	Lawrence, M.	The Anorexic Experience	Londres, Women's Press.
1984	Lawrence, M.	Education and identity : Thoughts on the social origins of anorexia	<i>Women's Studies International Forum</i> , 7(4), 201-209.
1984	Turner, B.S.	The Body and Society : Explorations in Social Theory	(1996), Oxford et New York : Blackwell.
1986	Corrington, G.	Anorexia, asceticism, and autonomy : Self-control as liberation and transcendence	<i>Journal of Feminist Studies in Religion</i> , 2, 51-61.
1987	Lawrence, M.	Fed Up and Hungry : Women, Oppression and Food	(dir.), Londres : Women's Press.
1988	Bordo, S.	Anorexia nervosa : Psychopathology as the crystallization of culture	dans C. Counihan et P. Van Esterik (dirs.) (1997), <i>Food and Culture : A Reader</i> (p. 226-250), New York : Routledge.
1989	Nixon II, H.L.	Reconsidering obligatory running and anorexia nervosa as gender-related problems of identity and role adjustment	<i>Journal of Sport and Social Issues</i> , 13, 14-24.
1990	Turner, B.S.	The talking disease : Hilda Bruch and anorexia nervosa	<i>Australian and New Zealand Journal of Sociology</i> , 26(2), 157-169.
1991	Giddens, A.	Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age	Stanford : Stanford University Press.
1992	Gremillion, H.	Psychiatry as social ordering : Anorexia nervosa, a paradigm	<i>Social Science & Medicine</i> , 35(1), 57-71.
1993	Bordo, S.	Unbearable Weight : Feminism, Western Culture, and the Body	Berkeley : University of California Press.
1993	MacSween, M.	Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa	Londres et New York : Routledge.
1993	Orbach, S.	Hunger Strike. The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age	Londres : Penguin Books.
1993	Spitzack, C.	The spectacle of anorexia nervosa	<i>Text and Performance Quarterly</i> , 13, 1-20.
1993	Tait, G.	"Anorexia nervosa" : Asceticism, differentiation, government	<i>Journal of Sociology</i> , vol. 29, pp. 194-208.
1995	Fine, B.	Towards a political economy of anorexia ?	<i>Appetite</i> , 24, 231-242.
1995	Lester, R.J.	Embodied voices : Women's food asceticism and the negotiation of identity	<i>Ethos</i> , 23(2), 187-222.

Année	Auteur	Titre	Référence
1995	Malson, H.	Anorexia nervosa : Discourses of gender subjectivity and the body	<i>Feminism & Psychology</i> , 5(3), 87-93.
1995	Peters, N.	The ascetic anorexic	<i>Social Analysis : The International Journal of Social and Cultural Practices</i> , 37, 44-66.
1996	Bray, A.	The anorexic body : Reading disorders	<i>Cultural Studies</i> , 10(3), 413-429.
1996	Garrett, C.J.	Recovery from anorexia nervosa : A durkheimian interpretation	<i>Social Science & Medicine</i> , 43(10), 1489-1506.
1996	Lloyd, M.	Feminism, aerobics and the politics of the body	<i>Body & Society</i> , 2(2), 79-98.
1996	Malson, H. et J.M. Ussher	Body poly-texts, Discourses of the anorexic body	<i>Journal of Community & Applied Social Psychology</i> , 6, 267-280.
1996	Malson, H. et J.M. Ussher	Bloody women : A discourse analysis of amenorrhea as a symptom of anorexia nervosa	<i>Feminism & Psychology</i> , 6, 505-521.
1997	Garrett, C.J.	Recovery from anorexia nervosa : A sociological perspective	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 21, 261-272.
1997	Lester, R.J.	The (dis)embodied self in anorexia nervosa	<i>Social Science & Medicine</i> , 44(4), 479-489.
1997	Malson, H. et J.M. Ussher	Beyond this mortal coil : Femininity, death and discursive constructions of the anorexic body	<i>Mortality : Promoting the Interdisciplinary Study of Death and Dying</i> , 2(1), 43-61.
1998	Bray, A. et C. Colebrook	The haunted flesh : Corporeal feminism and the politics of (dis)embodiment	<i>Signs : Journal of Women in Culture and Society</i> , 24(1), 35-67.
1998	Garrett, C.J.	Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery	Cambridge : Cambridge University Press.
1998	Malson, H.	The Thin Woman : Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa	Londres : Routledge.
1999	Hepworth, J.	The Social Construction of Anorexia Nervosa	Londres : Sage Publications.
1999	Malson, H.	Womæn under erasure : Anorexic bodies in postmodern context	<i>Journal of Community & Applied Social Psychology</i> , 9, 137-153.
1999	Malson, H. et C. Swann	Prepared for consumption : (Dis)Orders of eating and embodiment	<i>Journal of Community & Applied Social Psychology</i> , 9, 397-405.
2000	Haworth-Hoepfner, S.	The critical shapes of body image : The role of culture and family in the production of eating disorders	<i>Journal of Marriage and the Family</i> , 62, 212-227.
2000	O'Connor, R.A.	Is anorexia a post-modern ascetism ?	<i>Anthropology News</i> , February, 7-8.
2000	Polinska, W.	Bodies under siege : Eating disorders and self-mutilation among women	<i>Journal of the American Academy of Religion</i> , 68(3), 569-589.
2000	Saukko, P.	Between voice and discourse : Quilting interviews on anorexia	<i>Qualitative Inquiry</i> , 6, 299-317.
2001	Tierney, S.	A reluctance to be defined "disabled". How can the social model of disability enhance understanding of anorexia ?	<i>Disability & Society</i> , 16(5), 749-764.
2002	Brain, J.	Unsettling "body image". Anorexic body narratives and the materialization of the "body imaginary"	<i>Feminist Theory</i> , 3(1), 151-168.

Année	Auteur	Titre	Référence
2002	Squire, S.	The personal and the political : Writing the theorist's body	<i>Australian Feminist Studies</i> , 17(37), 55-64.
2002	Yoder, T.	Starving in silence : Food refusal as a social protest in Western culture	<i>Lambda Alpha Journal</i> , 32, 44-65.
2003	Warin, M.J.	Becoming clean : The logic of hygiene in anorexia	<i>Sites : Journal of Social Anthropology and Cultural Studies</i> , 1(1), 109-132.
2003	Darmon, M.	Devenir anorexique : une approche sociologique	Paris : La Découverte.
2004	Burns, M.	Eating like an ox : Femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia	<i>Feminism & Psychology</i> , 14, 269-295.
2004	Evans, J. et al.	Disordered eating and disordered schooling : What schools do to middle class girls	<i>British Journal of Sociology of Education</i> , 25(2), 123-142.
2004	Malson, H. et al.	Constructing "the eating disordered patient" : A discourse analysis of accounts of treatment experiences	<i>Journal of Community & Applied Social Psychology</i> , 14, 473-489.
2004	Warin, M.J.	Primitivising anorexia : The irresistible spectacle of not eating	<i>Australian Journal of Anthropology</i> , 15(1), 95-104.
2005	Haworth-Hoepfner, S.	A sociological account of the persistence of invalidated anorexic identities	<i>Symbolic Interaction</i> , 28(1), 1-23.
2005	McVittie et al.	Femininity, mental weakness, and difference : Male student accounts of anorexia nervosa in men	<i>Sex Roles</i> , 53(5/6), 413-418.
2005	Rich, E. et J. Evans	Making sense of eating disorders in schools	<i>Discourses : Studies in the Cultural Politics of Education</i> , 26(2), 247-262.
2005	Warin, M.J.	Transformations of intimacy and sociality in anorexia : Bedrooms in public institutions	<i>Body & Society</i> , 11(3), 97-113.
2005	Weaver, K. et al.	Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa	<i>Qualitative Health Research</i> , 15, 188-206.
2006	Bell, M.	Re/forming the anorexic "prisoner" : Inpatient medical treatment as the return to panoptic femininity	<i>Cultural Studies <=> Critical Methodologies</i> , 6, 282-307.
2006	Hesse-Biber, S. et al.	The mass marketing of disordered eating and eating disorders : The social psychology of women, thinness and culture	<i>Women's Studies International Forum</i> , 29, 208-224.
2006	Moulding, N.	Disciplining the feminine : The reproduction of gender contradictions in the mental health care of women with eating disorders	<i>Social Science & Medicine</i> , 62, 793-804.
2006	Rich, E.	Anorexic (dis)connection : Managing anorexia as an illness and an identity	<i>Sociology of Health & Illness</i> , 28(3), 284-305.
2006	Warin, M.J.	Reconfiguring relatedness in anorexia	<i>Anthropology & Medicine</i> , 13(1), 41-54.
2007	Halse, C. et al.	The paradox of virtue : (Re)Thinking deviance, anorexia and schooling	<i>Gender and Education</i> , 19(2), 219-235.
2008	Allen, J.T.	The spectacularization of the anorexic subject position	<i>Current Sociology</i> , 56(4), 587-603.
2008	Girard, R.	Anorexie et désir mimétique	Paris : L'Herne.

Année	Auteur	Titre	Référence
2008	Gooldin, S.	Being anorexic. Hunger, subjectivity, and embodied morality	<i>Medical Anthropology Quarterly</i> , 22(3), 274-296.
2008	Gvion, L.	Dancing bodies, decaying bodies : The interpretation of anorexia among Israeli dancers	<i>Young</i> , 16(1), 67-87.
2008	Malson, H. <i>et al.</i>	"I don't think that's normal" : A reflection on accounts of experiences of treatment for eating disorders	<i>Feminism & Psychology</i> , 18(3), 417-424.
2008	O'Connor R.A. et P. van Esterik	De-medicalizing anorexia. A new cultural brokering	<i>Anthropology Today</i> , 24(5), 6-9.
2008	Saukko, P.	The Anorexic Self. A Personal, Political Analysis of a Diagnostic Discourse	Albany : State University of New York Press.
2010	Walsh, E. et H. Malson	Discursive construction of eating disorders : A story completion task	<i>Feminism & Psychology</i> , 20(4), 529-537.
2010	Warin, M.J.	Abject Relations : Everyday Worlds of Anorexia	New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
2013	Jones, R. et H. Malson	A critical exploration of lesbian perspectives on eating disorders	<i>Psychology & Sexuality</i> , 4(1), 62-74.
2013	Svenaesus, F.	Anorexia nervosa and the body uncanny : A phenomenological approach	<i>Philosophy, Psychiatry & Psychology</i> , 20(1), 81-91.
2014	Eli, K.	An embodied belonging : Amenorrhea and anorexic subjectivities	<i>Medicine Anthropology Theory</i> , 1(1), 53-80.

ANNEXE E

DÉTAIL DU CORPUS : LES NEUROSCIENCE COGNITIVES ET SOCIALES

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 28			
2004	Tchanturia, K. et al.	Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia	<i>Journal of the International Neuropsychological Society</i> , 10(4), 513-520.
2005	Tchanturia, K. et al.	Neuropsychological studies in anorexia nervosa	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 37(5), 572-576.
2006	Schmidt, U. et J. Treasure	Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice	<i>British Journal of Clinical Psychology</i> , 45(3), 343-366.
2006	Steinglass, J.E. et al.	Set shifting deficit in anorexia nervosa	<i>Journal of the International Neuropsychological Society</i> , 12(3), 431-435.
2007	Friederich, H.-C. et al.	I'm not as slim as that girl: Neural bases of body shape self-comparison to media images	<i>NeuroImage</i> , 37(2), 674-681.
2009	Zastrow, A. et al.	Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa	<i>American Journal of Psychiatry</i> , 166(5), 608-616.
2010	Friederich, H.-C. et al.	Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa	<i>Neuropsychologia</i> , 48, 2878-2885.
2010	Legrand, D.	Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa	<i>Neuropsychologia</i> , 48, 726-737.
2011	Abbate-Daga, G. et al.	Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: A pilot study	<i>BMC Psychiatry</i> , 11(1), 162-171.
2011	Herpertz-Dahlmann, B. et al.	Aetiology of anorexia nervosa: From a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder?	<i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> , 261(2), 177-181.
2011	McAdams, C.J. et D.C. Krawczyk	Impaired neural processing of social attribution in anorexia nervosa	<i>Psychiatry Research: Neuroimaging</i> , 194(1), 54-63.
2011	Oldershaw, A. et al.	The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa	<i>Neuroscience & Biobehavioral Reviews</i> , 35(3), 970-988.
2011	Oldershaw, A. et al.	Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?	<i>European Eating Disorders Review</i> , 19(6), 462-474.
2011	Park, R.J. et al.	Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I: A novel process account	<i>International Journal of Cognitive Therapy</i> , 4(4), 415-437.
2011	Tchanturia, K. et al.	Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders	<i>PLoS ONE</i> , 6(6), e20462.
2012	Adenzato, M. et al.	Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved Theory of Mind and impaired emotional functioning	<i>PLoS ONE</i> , 7(8), e44414.
2012	Cowdrey, F.A. et al.	Neural responses to emotional faces in women recovered from anorexia nervosa	<i>Psychiatry Research: Neuroimaging</i> , 201(3), 190-195.

Année	Auteur	Titre	Référence
2012	Danner, U.N. <i>et al.</i>	Decision-making impairments in women with binge eating disorder in comparison with obese and normal weight women	<i>European Eating Disorders Review</i> , 20(1), e56-e62.
2012	Davies, H. <i>et al.</i>	An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa	<i>European Eating Disorders Review</i> , 20(6), 476-483.
2012	McAdams, C.J. <i>et al.</i> D.C. Krawczyk	Who am I ? How do I look ? Neural differences in self-identity in anorexia nervosa	<i>Social Cognitive and Affective Neuroscience</i> , nss093.
2012	Park, R.J. <i>et al.</i>	Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa II : Implications for treatment and course	<i>International Journal of Cognitive Therapy</i> , 5(1), 86-98.
2012	Riva, G. <i>et al.</i> S. Gaudio	Allocentric lock in anorexia nervosa : New evidences from neuroimaging studies	<i>Medical Hypotheses</i> , 79(1), 113-117.
2012	Sternheim, L. <i>et al.</i>	An experimental exploration of social problem solving and its associated processes in anorexia nervosa	<i>Psychiatry Research</i> , 200(2-3), 524-529.
2012	Tchanturia, K. <i>et al.</i>	Poor cognitive flexibility in eating disorders : Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task	<i>PLoS ONE</i> , 7(1), e28331.
2013	Kaye, W.H. <i>et al.</i>	Nothing tastes as good as skinny feels : The neurobiology of anorexia nervosa	<i>Trends in Neurosciences</i> , 36(2), 110-120.
2013	Treasure, J. <i>et al.</i> U. Schmidt	The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited : A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors	<i>Journal of Eating Disorders</i> , 13(1). Récupéré de www.jeatdisord.com/content/1/1/13 .
2013	Zucker, N.L. <i>et al.</i>	Subjective experience of sensation in anorexia nervosa	<i>Behaviour Research and Therapy</i> , 51(6), 256-265.
2014	Morris, R. <i>et al.</i>	Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery	<i>Cognitive Neuropsychiatry</i> , 19(1), 47-57.

ANNEXE F
DÉTAIL DU CORPUS : L'ÉPIGÉNÉTIQUE

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 12			
2001	Karwautz, A.F.K. et al.	Individual-specific risk factors for anorexia nervosa : A pilot study using a discordant sister-pair design	<i>Psychological Medicine</i> , 31(2), 317-329.
2002	Klump, K.L. et al.	Does environment matter ? A review of nonshared environment and eating disorders	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 31(2), 118-135.
2004	Becker, A.E. et al.	Genes and-or jeans ?	<i>Journal of Addictive Diseases</i> , 23(3), 81-103.
2005	Bulik, C.M.	Exploring the gene-environment nexus in eating disorders	<i>Journal of Psychiatry and Neurosciences</i> , 30(5), 335-339.
2007	Steiger H. et K.R. Bruce	Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders	<i>Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie</i> , 52(4), 220-227.
2009	Mazzeo, S.E. et C.M. Bulik	Environmental and genetic risk factors for eating disorders : What the clinician needs to know	<i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> , 18(1), 67-82.
2011	Karwautz, A.F.K. et al.	Gene-environment interaction in anorexia nervosa :	<i>Molecular Psychiatry</i> , 16(6), 590-592.
2011	Suisman, J.L. et al.	Parental divorce and disordered eating : An investigation of a gene-environment interaction	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 44(2), 169-177.
2011	Campbell, I.C. et al.	Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics	<i>Neuroscience & Biobehavioral Reviews</i> , 35(3), 784-793.
2012	Toyokawa, S. et al.	How does the social environment "get into the mind" ? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology	<i>Social Sciences & Medicine</i> , 74(1), 67-74.
2012	Akkermann, K. et al.	The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptom	<i>Journal of Psychiatric Research</i> , 46(1), 38-43.
2014	Strober, M. et al.	The plasticity of development : How knowledge of epigenetics may advance understanding of eating disorders	<i>International Journal of Eating Disorders</i> , 47(7), 696-704.

ANNEXE G
DÉTAIL DU CORPUS : RÉCITS ET ETHNOGRAPHIES

Année	Auteur	Titre	Référence
Nombre de documents = 22			
1978	Valère, V.	Le pavillon des enfants fous	Paris : Stock.
2000	Gottlieb, L.	Stick Figure. A Diary of my Former Self	New York : Berkley Books.
2003	Darmon, M.	Devenir anorexique : une approche sociologique	Paris : La Découverte.
2003	Rio, L.M. et T.M. Rio	The Anorexia Diaries. A Mother and Daughter's Triumph over Teenage Eating Disorders	Emmaus, PA : Rodale.
2003	Gremillion, H.	Feeding Anorexia : Gender and Power at a Treatment Center	Durham, NC : Duke University Press.
2005	Biederman, Alyssa	My Rory. A Personal Journey Through Teenage Anorexia	Lincoln, NE : iUniverse.
2007	LARMESdeFILLES	LARMESdeFILLES	Récupéré de http://larmesdefilles.skyrock.com/ .
2008	Saukko, P.	The Anorexic Self. A Personal, Political Analysis of a Diagnostic Discourse	Albany : State University of New York Press.
2009	Himmel, S. et L. Himmel	Hungry. A Mother and Daughter Fight Anorexia	New York : Berkley Books.
2010	Blackmore, S.	Emily, her anorexia and me	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/apr/14/anorexia-eating-disorders-parenting .
2010	Saner, E.	I was a 'good anorexic'	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/feb/27/anorexia-nervosa-teenage-constance-barter .
2010	Warin, M.	Abject Relations : Everyday Worlds of Anorexia	New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
2010	Marie-Claire	Coupable d'anorexie	Paris : L'Harmattan.
2011	Freeman, H.	What is the link between the media and eating disorders ?	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/commentisfree/2011/aug/02/link-media-and-eating-disorders .
2012	Léa-contre-Ana	Anorexia & Léa	Récupéré de http://lea-contre-ana.skyrock.com/ .
2014	Owen, J.	Banning the word 'thin' will never cure anorexia	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/society/2014/jul/06/thinspiration-anorexia-adam-richman-banning-word-thin-will-never-cure-anorexia .

Année	Auteur	Titre	Référence
2014	Buchanan, D.	Forget the 'cause' of eating disorders – we must promote good mental health	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/feb/24/forget-cause-of-eating-disorders-promote-good-mental-health .
2014	Samantha, C.	I don't want an A for anorexia	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/dec/18/anorexia-eating-disorder-psychiatric-hospital .
2014	Cosslett, R.L.	'I feel guilty but I hate my body' : a feminist confesses	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2014/nov/08/feel-guilty-but-hate-my-body-feminist-confesses .
2014	Veronikah	Ce qui ne tue pas rend plus fort	Longueuil : Performance Édition.
2014	Holmes, S.	Between feminism and anorexia : An autoethnography	<i>International Journal of Cultural Studies</i> , 21 décembre, 1-15.
2015	Freeman, H.	I had anorexia – but not because I wanted to look like a fashion model	<i>The Guardian</i> . Récupéré de http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/mar/19/eating-model-french-skinny-anorexia .

RÉFÉRENCES CITÉES

- Abbate-Daga, G., Piero, A., Gramaglia, C., Gandione, M. et Fassino, S. (2007). An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Research*, 149, 215-221.
- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., McClintock, S. M. et Fassino, S. (2011). Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients : A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 162-169.
- ACSM-Montréal (2015). Quel sens donner à la maladie ? La souffrance transforme le patient et le soignant. *Équilibre*, 10(1).
- Adenzato, M., Todisco, P. et Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa : Evidence of preserved Theory of Mind and impaired emotional functioning. *PLoS ONE*, 7(8), 1-8.
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 469-479.
- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, (11), 231-239.
- Aimez, P. (1979). Psychopathologie de l'alimentation quotidienne. *Communications*, 31, 93-106.
- Akkermann, K., Kaasik, K., Kiive, E., Nordquist, N., Oreland, L. et Harro, J. (2012). The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorders symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 38-43.
- Allen, J. T. (2008). The spectacularization of the anorexic subject position. *Current Sociology*, 56(4), 587-603.
- Allison, S., Warin, M., et Bestiampillai, T. (2014). Anorexia nervosa and social contagion : Clinical implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 116-120.

- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition – Revised (DSM-III-R)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, en ligne : <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10> (page consultée le 2 juin 2015).
- Angenot, M. (1998). C'est l'éruption de la fin! Le diagnostic crépusculaire, un genre culturel français des années 80. Dans L. Turgeon (dir.), *Les entre-lieux de la culture* (p. 29-55). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Ariès, P. (1997). *La fin des mangeurs : les métamorphoses de la table à l'âge de la modernisation alimentaire*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Aron, J.-P. (1997). De la glaciation de la culture en général et dans la cuisine en particulier. Dans J. Duvignaud et C. Khaznadar (dir.), *Cultures, nourriture* (p. 13-38). Paris : Maison des cultures du monde.
- Aronowitz, R. (1999). *Les maladies ont-elles un sens ?* Paris : Sanofi-Synthélabo.

- Austin, J. L. et Smith, J. E. (2008). Thin ideal internalization in Mexican girls : A test of the sociocultural model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 448-457.
- Baertschi, B. (2009). *La neuroéthique. Ce que les neurosciences font à nos conceptions morales*. Paris : La Découverte.
- Bailey, C. A. (1991). Family structure and eating disorders : The Family Environment Scale and bulimic-like symptoms. *Youth Society*, 23, 251-272.
- Banks, C. G. (1992). "Culture" in culture-bound syndromes : The case of anorexia nervosa. *Social Science & Medicine*, 34(8), 867-884.
- Barras, V. et Dupont, J.-C. (2010). Neurosciences et médecine. *Revue d'histoire des sciences*, 63(2), 325-329.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge : Polity Press.
- Bazin, J. (1998). Questions de sens. *L'Enquête*, (6), 13-34.
- Beck, U. (2003). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.
- Beck, U., Giddens, A. et Lasch, C. (1994). *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge : Polity Press.
- Becker, A. E. (2004). Television, disordered eating, and young women in Fiji : Negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 533-559.
- Becker, A. E., Keel, P., Andersonfye, E. P. et Thomas, J. J. (2004). Genes and/or jeans ? *Journal of Addictive Diseases*, 23(3), 81-103.
- Becker, A. E., Thomas, J. J. et Pike, K. M. (2009). Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V ? *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 620-635.
- Becker, H. S. (1966). *Social Problems : A Modern Approach*. New York : John Wiley.
- Bell, M. (2006). Re/forming the anorexic "prisoner" : Inpatient medical treatment as the return to panoptic femininity. *Cultural Studies <=> Critical Methodologies*, 6, 282-307.

- Bell, R. M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago : University of Chicago Press.
- Belot-Fourcade, P. (2009). Dérégulations des origines. *Journal français de psychiatrie*, 32(1), 12-15.
- Bendelow, G. et Williams, S. J. (dir.) (1998). *Emotions in Social Life : Critical Themes and Contemporary Issues*. Londres : Routledge.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Beumont, P. J. V., Russell, J. D. et Touyz, S. W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1635-1640.
- Biederman, A. (2005). *My Rory. A Personal Journey Through Teenage Anorexia*. Lincoln, N.E. : iUniverse.
- Blackmore, S. (2010, 14 avril). Emily, her anorexia and me. *The Guardian*. Récupéré de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/apr/14/anorexia-eating-disorders-parenting>.
- Blouin, A. G., Zuro, C. et Blouin, J. H. (1990). Family environment in bulimia nervosa : The role of depression. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 649-658.
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behavior. *Social Problems*, 18(3), 298-306.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight : Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley : University of California Press.
- Bordo, S. (1997 [1986]). Anorexia nervosa : Psychopathology as the crystallization of culture. Dans C. Counihan et P. van Esterik (dir.), *Food and Culture : A Reader* (p. 226-250). New York : Routledge.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters : A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs*, 2(2), 342-356.
- Brain, J. (2002). Unsettling "body image" : Anorexic body narratives and the materialization of the "body imaginary". *Feminist Theory*, 3(1), 151-168.

- Bray, A. (1996). The anorexic body : Reading disorders. *Cultural Studies*, 10(3), 413-429.
- Brems, O. (1963). Anorexia nervosa. *Ugeskrift for Laeger*, 125, 821-828.
- Bresson, M. (2012). La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, (169), 68-75.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York, Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*. Paris, Payot.
- Bruch, H. (1979a). *La cage dorée : l'énigme de l'anorexie*. Paris, PUF.
- Bruch, H. (1979b). *The Golden Cage : The Enigma of Anorexia Nervosa*. New York, Basic Books.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. Dans Catrina Brown et Karin Jasper (dir.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia* (p. 7-18). New York : Guilford Press.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with Anorexics*. New York : Basic Books.
- Bruynoli, G. (1875). Sul' Anoressia. *Memorie della Accademia delle Scienze del Istituto di Bologna*, 6, 351-361.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting Girls : The History of Anorexia Nervosa*. New York : Vintage Books.
- Brusset, B. (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Buchanan, D. (2014, 24 février). Forget the "cause" of eating disorders – we must promote good mental health. *The Guardian*. Récupéré de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/feb/24/forget-cause-of-eating-disorders-promote-good-mental-health>.
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(5), 335-339.
- Burns, M. (2004). Eating like an ox : Femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia. *Feminism & Psychology*, 14, 269-295.

- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identify*. New York : Routledge.
- Bynum, C. W. (1987). *Holy Feast and Holy Fast. The Religious Significance of Food to Medieval Women*. Berkeley : University of California Press.
- Byrne, S. M. et McLean, N. J. (2002). Elite athletes : Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94.
- Cacciali, J.-L. et Jean, T. (2009). Éditorial. *Journal français de psychiatrie*, 32(1), p. 2.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C. et Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269–278.
- Cachelin, F. M. et Striegel-Moore, R. H. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 154–161.
- Campbell, I. C., Mill, J., Uher, R. et Schmidt, U. (2011). Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 784-793.
- Carolan, M. S. (2008). More-than-representational knowledge/s of the countryside : How we think as bodies. *Sociologia Ruralis*, 48(4), 408-422.
- Carter, J. C., Kelly, A. C. et Norwood, S. J. (2012). Interpersonal problems in anorexia nervosa : Social inhibition as defining and detrimental. *Personality and Individual Differences*, 53, 169-174.
- Casilli, A., Mounier, L., Pailler, F. et Tubaro, P. (2013). *Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de "pro-ana"*. Rapport du projet de recherche ANR ANAMIA, La sociabilité Ana-mia. Une approche des troubles alimentaires par les réseaux sociaux en ligne et hors-ligne. Récupéré de http://www.anamia.fr/WordPress-FR/wpcontent/uploads/2013/11/Rapport_ANAMIA_2013_Web_et_troubles_alimentaires.pdf.
- Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome. A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 3-15.
- Casper, R. C. et Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342.

- Cefaï, D. (1996). La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques. *Réseaux*, 14(75), 43-66.
- Chadda, R., Malhotra, S., Asad, A. G. et Bambery, P. (1987). Socio-cultural factors in anorexia nervosa. *Indian Journal of Psychiatry*, 29(2), 107-111.
- Changeux, J.-P. (1983). *L'homme neuronal*. Paris : Fayard.
- Changeux, J.-P. (2005, 23 février). Ne pas exclure les sciences d'une réflexion sur la morale. *Le Monde*, p. 23.
- Chardel, P.-A. (2013). Réseaux numériques et pratiques de soi : le cas des communautés "Ana-mia". Réinterroger l'articulation du droit et de l'éthique. *Éthique publique*, 15(2). Récupéré de <http://ethiquepublique.revues.org/1295>.
- Chiodo, J. et Latimer, P. R. (1983). Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14(2), 131-135.
- Christodolou, M. (2012). Pro-anorexia websites pose public health challenge. *The Lancet*, 379(9811), 110.
- Corcos, M. (2006). Approche psychosomatique des comportements boulimiques. Dans A. Passelecq (dir.), *Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême* (p. 41-64). Bruxelles : De Boeck.
- Corcos, M. (2010). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Corin, E. (2009). L'échappée de l'expérience dans la psychose. *Sociologie et sociétés*, 41(1), 99-124.
- Corrington, G. (1986). Anorexia, asceticism, and autonomy : Self-control as liberation and transcendence. *Journal of Feminist Studies in Religion*, 2, 51-61.
- Coulter, J. (1986). Affect and social context : Emotion definition as a social task. Dans R. Harré (dir.), *The Social Construction of Emotions* (p. 120-134). Oxford : Blackwell.

- Cowdrey, F. A., Harmer, C. J., Park, R. J. et McCabe, C. (2012). Neural responses to emotional faces in women recovered from anorexia nervosa. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 201, 190-195.
- Crisp, A. H. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa – a study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 67-78.
- Crisp, A. H. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117-131.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa : Let Me Be*. Londres : Academic Press.
- Crisp, A. H. et Roberts, F. J. (1962). A case of anorexia nervosa in male. *Postgraduate Medical Journal*, 38, 350-353.
- Crossley, N. (1995). Merleau-Ponty, the elusive body and carnal sociology. *Body & Society*, 1, 43-63.
- Crossley, N. (2006). The networked body and the question of reflexivity. Dans Phillip Vannini et Dennis Waskul (dir.), *Body/Embodiment : Symbolic Interaction and the Sociology of the Body* (p. 21-34). Aldershot : Ashgate.
- Crossley, N. (2011). *Towards Relational Sociology*, New York : Routledge.
- Crowther, J. H., Kichler, J. C., Sherwood, N. E. et Kuhnert, M. E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 10(2), 141-151.
- Csordas, T. J. (1988). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and Experience : The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Dally, P., Gomez, J. et Isaacs, A. J. (1979). *Anorexia Nervosa*. Londres : Heinemann.
- Darby, A. M., Hay, P. J., Mond, J. M. et Quirk, F. (2012). Community recognition and beliefs about anorexia nervosa and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 120-124.
- Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris : La Découverte.

- Darmon, M. (2009). The fifth element : Social class and the sociology of anorexia. *Sociology*, 43(5), 717-733.
- Davidson, J. (2000a). A phenomenology of fear : Merleau-Ponty and agoraphobic life-worlds. *Sociology of Health & Illness*, 22, 640-660.
- Davidson, J. (2000b). "... the world was getting smaller" : Women, agoraphobia and bodily boundaries. *Area*, 32(1), 31-40.
- Davidson, J., Bondi, L. et Smith, M. (2005). Introduction : Geography's "emotional turn". Dans J. Davidson, L. Bondi et M. Smith (dir.), *Emotional Geographies* (p. 1-16). Aldershot : Ashgate.
- Déchaux, J.-H. (2007). *Sociologie de la famille*. Paris : La Découverte.
- de Courville Nicol, V. (2011). *Social Economies of Fear and Desire. Emotional Regulation, Emotion Management, and Embodied Autonomy*. New York : Palgrave MacMillan.
- Deleuze, G. et Parnet, C. (1996). *Dialogues*. Paris : Flammarion.
- Descombes, V. (2001). Le mental. Dans A. Ehrenberg et A. M. Lovell (dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société* (p. 279-294). Paris : Odile Jacob.
- de Singly, F. (1993). *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Nathan.
- DiNicola, V. F. (1990a). Anorexia multiforme : Self-starvation in historical and cultural context. Part I : Self-starvation as a historical chameleon. *Transcultural Psychiatry*, 27, 165-196.
- DiNicola, V. F. (1990b). Anorexia multiforme : Self-starvation in historical and cultural context. Part II : Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcultural Psychiatry*, 27, 245-285.
- Dionne, F., Blais, M.-C., Boisvert, J.-M., Beaudry, M. et Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 15(1), 1-15.
- Domínguez-Rué, E. (2010). Sins of the flesh : Anorexia, eroticism and the female vampire in Bram Stoker's *Dracula*. *Journal of Gender Studies*, 19(3), 297-308.
- Douglas, M. (1984). *Purity and Danger*. Londres : Ark.

- Downs, K. J. et Blow, A. J. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders : The last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 3-28.
- Dubet, F. (2009). *Le travail des sociétés*. Paris : Seuil.
- Dumont, L. (1983). Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne. Paris : Seuil.
- Durkheim, É. (1892). La famille conjugale. *Revue philosophique*, 90, 2-14. Récupéré de <http://classiques.uqac.ca>.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide : étude de sociologie*. Paris : F. Alcan.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (2004). Le sujet cérébral. *Esprit*, Novembre, 130-155.
- Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 17-41.
- Ehrenberg, A. (2008). Le cerveau "social". Chimère épistémologique et vérité sociologique. *Esprit*, Janvier, 79-103.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2011). La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie. *Adolescence*, (77), 553-570.
- Elias, N. (1973). *La civilisation des moeurs*. Paris : Pocket.
- Elias, N. (1975). *La dynamique de l'Occident*. Paris : Pocket.
- Elias, N. (1991). *La société des individus*. Paris : Fayard.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. et Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa : A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 1-6.
- Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a relational sociology. *American Journal of Sociology*, 103(2), 281-317.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.

- Evans, J., Rich, E. et Holroyd, R. (2004). Disordered eating and disordered schooling : What schools do to middle class girls. *British Journal of Sociology of Education*, 25(2), 123-142.
- Faer, L. M., Hendriks, A., Abed, R. T. et Figueredo, A. J. (2005). The evolutionary psychology of eating disorders : Female competition for mates or for status? *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 78, 397-417.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S26-S30.
- Feldman, W., Feldman, E. et Goodman, J. T. (1988). Culture versus biology : Children's attitudes toward thinness and fatness. *Pediatrics*, 81, 190-193.
- Ferris, J. E. (2003). Parallel discourses and "appropriate" bodies : Media constructions of anorexia and obesity in the cases of Tracey Gold and Carnie Wilson. *Journal of Communication Inquiry*, 27(3), 256-273.
- Feuerhahn, W. et Mandressi, R. (2011). Introduction. Les "neuroscience sociales" : historicité d'un programme. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 25(2), 3-12.
- Fiedler, L. A. (1978). *Freaks : Myths and Images of the Secret Self*. New York : Simon & Schuster.
- Fiedler, L. A. (1996). Foreword. Dans R. Garland Thomson (dir.), *Freakery : Cultural Spectacles of the Extraordinary Body* (p. xiii-xvi). New York : New York University Press.
- Fine, B. (1995). Towards a political economy of anorexia ? *Appetite*, 24, 231-242.
- Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie. *Communications*, 31, 189-210.
- Fischler, C. (1990). *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Franks, D. D. (2010). *Neurosociology. The Nexus Between Neuroscience and Social Psychology*. New York : Springer.

- Freeman, H. (2011, 2 août). What is the link between the media and eating disorders ? *The Guardian*. Récupéré de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2011/aug/02/link-media-and-eating-disorders>.
- Freeman, H. (2015, 19 mars). I had anorexia – but not because I wanted to look like a fashion model. *The Guardian*, Récupéré de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/mar/19/eating-model-french-skinny-anorexia>.
- Freud, S. (1893). Un cas de guérison par l'hypnose avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la contre-volonté. *Résultats, Idées, Problèmes*, 1, 31-43.
- Freud, S. et Breuer, J. (2002 [1895]). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF.
- Friederich, H.-C., Uher, R., Brooks, S., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S. C. R., Herzog, W., Treasure, J. et Campbell, I. C. (2007). I'm not as slim as that girl : Neural bases of body shape self-comparison to media images. *NeuroImage*, 37, 674-681.
- Friederich, H.-C., Brooks, S., Uher, R., Campbell, I. C., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S. C. R., Herzog, W. et Treasure, J. (2010). Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(10), 2878–2885.
- Fries, H. (1974). Secondary amenorrhoea, self-induced weight reduction and anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 248, 1-70.
- Frith, C. D. et Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology*, 17, R724-R732.
- Gagnon, É. (2008). La sociologie et le sujet de l'éthique. Dans S. Gaudet et A. Quéniart (dir.), *Sociologie de l'éthique* (p. 47-65). Montréal : Liber.
- Garfinkel, P. E. et Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*. New York : Brunner/Mazel.
- Garland Thomson, R. (1996). Introduction : From wonder to error – a genealogy of freak discourse in modernity. Dans R. Garland Thomson (dir.), *Freakery : Cultural Spectacles of the Extraordinary Body* (p. 1-19). New York : New York University Press.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635.

- Garner, D. M. et Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test : An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garner, D. M. et Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. et Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test : Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garrett, C. J. (1996). Recovery from anorexia nervosa : A durkheimian interpretation. *Social Science & Medicine*, 43(10), 1489-1506.
- Garrett, C. J. (1997). Recovery from anorexia nervosa : A sociological perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 261-272.
- Garrett, C. J. (1998). *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Gerhards, J. (1986). Georg Simmel's contribution to a theory of emotions. *Social Science Information*, 25(4), 901-924.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge : Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford : Stanford University Press.
- Girard, R. (2008). *Anorexie et désir mimétique*, Paris : L'Herne.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, N.Y. : Doubleday.
- Goffman, E. (1972). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behaviours*, Harmondsworth, Middlesex : Penguin University Books.
- Gooldin, S. (2008). Being anorexic. Hunger, subjectivity, and embodied morality. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(3), 274–296.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia : Anatomy of a Social Epidemic*. Cambridge, Mass. : Blackwell.

- Gordon, R. A. (2000). *Eating Disorders : Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford : Blackwell.
- Gottlieb, L. (2000). *Stick Figure. A Diary of my Former Self*. New York : Berkley Books.
- Gremillion, H. (1992). Psychiatry as social ordering : Anorexia nervosa, a paradigm. *Social Science & Medicine*, 35(1), 57-71.
- Gremillion, H. (2002). In fitness and in health : Crafting bodies in the treatment of anorexia nervosa. *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 27(2), 381-414.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding Anorexia : Gender and Power at a Treatment Center*. Durham, N.C. : Duke University Press.
- Grosz, E. A. (1994). *Volatile Bodies : Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington, I.N. : Indiana University Press.
- Grosz, E. A. (1996). Intolerable ambiguity : Freaks as/at the limit. Dans R. Garland Thomson (dir.), *Freakery : Cultural Spectacles of the Extraordinary Body* (p. 55-66). New York : New York University Press.
- Guillemot, A. et Laxenaire, M. (1993). *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Paris : Masson.
- Guillen, E. O. et Barr, S. I. (1994). Nutrition, dieting, and fitness messages in a magazine for adolescent women, 1970-1990. *Journal of Adolescent Health*, 15(6), 464-472.
- Gull, W. (1874). Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Gusfield, J. R. (1981). *The Culture of Public Problems : Drinking, Driving and the Symbolic Order*. Chicago : University of Chicago Press.
- Gusfield, J. R. (1996). *Contested Meanings : The Construction of Alcohol Problems*. Madison : University of Wisconsin Press.
- Guthman, J. (2009). Teaching the politics of obesity : Insights into neoliberal embodiment and contemporary biopolitics. *Antipode*, 41(5), 1110-1133.
- Gvion, L. (2008). Dancing bodies, decaying bodies : The interpretation of anorexia among Israeli dancers. *Young*, 16(1), 67-87.

- Habermas, T. (1991). The role of psychiatric and medical traditions in the discovery and description of anorexia nervosa in France, Germany and Italy, 1873-1918. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 360-365.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul : Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Hamilton, L., Brooks-Gunn, J. et Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 465-477.
- Harrison, P. (2000). Making sense : Embodiment and the sensibilities of the everyday. *Environnement and Planning D : Society and Space*, 18, 497-517.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E. et Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and eating disorders : The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29, 208-224.
- Hepworth, J. (1999). *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. Londres : Sage Publications.
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. et Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa : From a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder ? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 261(2), S177-S181.
- Himmel, S. et Himmel, L. (2009). *Hungry. A Mother and Daughter Fight Anorexia*. New York : Berkley Books.
- Hochschild, A. R. (1975). The sociology of feeling and emotion : Selected possibilities. *Sociological Inquiry*, 45(2-3), 280-307.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 61-74.
- Hoek, H. W. et van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Hof, S. et Nicolson, M. (1996). The rise and fall of a fact : The increase in anorexia nervosa. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 581-608.
- Hogan, M. J. et Strasburger, V. C. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolescent Medicine*, 19, 521-546.

- Holmes, S. (2014, 21 décembre). Between feminism and anorexia : An autoethnography. *International Journal of Cultural Studies*, 1-15.
- Holtom-Viesel, A. et Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34, 29-43.
- Howes, D. (2005). Introduction. Dans D. Howes (dir.), *Empire of the Senses. The Sensual Culture Reader* (p. 1-17). Oxford et New York : Berg.
- Howson, A. et Inglis, D. (2001). The body in sociology : Tensions inside and outside sociological thought. *The Sociological Review*, 49(3), 297-317.
- Humphrey, L. L. (1986a). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 223-232.
- Humphrey, L. L. (1986b). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395-402.
- Humphrey, L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 544-551.
- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206-214.
- Jeammet, P. (2006). Préface. Dans A. Passelecq (dir.), *Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême* (p. 7-11). Bruxelles : De Boeck.
- Jeammet, P. (2010). *Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Librairie Arthème Fayard.
- Johnson, C. et Pure, D. L. (1986). Assessment of bulimia : A multidimensional model. Dans K. D. Brownell et J. P. Foreyt (dir.), *Handbook of Eating Disorders* (p. 405-449). New York : Basic Books.
- Jones, R. et Malson, H. (2013). A critical exploration of lesbian perspectives on eating disorders. *Psychology and sexuality*, 4(1), 62-74.
- Jordan, A. B., Kramer-Golinkoff, E. K. et Strasburger, V. C. (2008). Does adolescent media use cause obesity and eating disorders ? *Adolescent Medicine*, 19, 431-449.

- Juarez, L., Soto, E. et Pritchard, M. E. (2012). Drive for muscularity and drive for thinness : The impact of pro-anorexia websites. *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 20(2), 99-112.
- Kaufmann, J.-C. (2004). *L'invention de soi : une théorie de l'identité*. Paris : Hachette Littératures.
- Kaufmann, J.-C. (2007). *Ego. Pour une sociologie de l'individu*. Paris : Hachette Littératures.
- Kay, D. W. K. et Leigh, D. (1954). The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *Journal of Mental Science*, 100, 411-431.
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmon, A. N. et Bishoff-Grethe. A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels : The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110-120.
- Kent, J. S. et Clopton, J. R. (1992). Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 281-292.
- King, S., Dancause, K., Turcotte-Tremblay, A.-M., Veru, F. et Laplante, D. P. (2012). Using natural disasters to study the effects of prenatal maternal stress on child health and development. *Birth Defects Research : Part C, Embryo Today : Reviews*, 96, 273-288.
- Kog, E. et Vandereycken, W. (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia : A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 159-180.
- Koruth, N., Nevison, C. et Schwannauer, M. (2012). A grounded theory exploration of the onset of anorexia in adolescence. *European Eating Disorders Review*, 20, 257-264.
- Laliberté, M., Boland, F. J. et Leichner, P. (1999). Family climates : Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1021-1040.
- Lapierre, S., Moreau, N. et Larose-Hébert, K. (2011). La psychologisation de l'intervention sociale : enjeux et perspectives. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(1), 10-13.
- Lasègue, C. (2009). De l'anorexie hystérique. *Journal français de psychiatrie*, 32(1), 3-8.

- Lattimore, P. J., Wagner, H. L. et Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa : An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355-368.
- Latzer, Y., Lavee, Y. et Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30, 1201-1220.
- Lavik, N. J., Clausen, S. E. et Pedersen, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 387-390.
- Lawrence, M. (1979). Anorexia nervosa : The control paradox. *Women's Studies International Quarterly*, 2(1), 93-101.
- Lawrence, M. (1984a). *The Anorexic Experience*. Londres : Women's Press.
- Lawrence, M. (1984b). Education and identity : Thoughts on the social origins of anorexia. *Women's Studies International Forum*, 7(4), 201-209.
- Lawrence, M. (dir.) (1987). *Fed Up and Hungry : Women, Oppression and Food*. Londres : Women's Press.
- Le Bart, C. (2008). *L'individualisation*. Paris : Fondation nationale des sciences politiques.
- Le Barzic, M. et Pouillon, M. (1998). *La meilleure façon de manger : le désarroi du mangeur moderne*. Paris : Odile Jacob.
- Lee, S. (1996). Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Social Science & Medicine*, 42(1), 21-34.
- Lee, S. (2001). Fat phobia in anorexia nervosa : Whose obsession is it ? Dans M. Nasser, M. A. Katzman et R. A. Gordon (dir.), *Eating Disorders and Cultures in Transition* (p. 40-65). Londres : Routledge.
- Lee, S., Ho, T.-P. et Hsu, L. K. G. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa : A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23(4), 999-1017.
- Legrand, D. (2010). Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48, 726-737.

- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. et Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper : The role of family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Lemerle, S, (2011). Une nouvelle “lisibilité du monde” : les usages des neurosciences par les intermédiaires culturels en France (1970-2000). *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 25(2), 35-58.
- Lester, R. J. (1997). The (dis)embodied self in anorexia nervosa. *Social Science & Medicine*, 44(4), 479-489.
- Lester, R. J. (2007). Critical therapeutics : Cultural politics and clinical reality in two eating disorder treatment centers. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(4), 369-387.
- Leung, N., Thomas, G. et Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 205-213.
- Levitt, D. H. (2003). Drive for thinness and fear of fat : Separate yet related constructs ? *Eating Disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 11(3), 221-234.
- Lipman, C. (2006). The emotional self. *Cultural Geographies*, 12, 617-624.
- Lipsman, N., Woodside, D. B. et Lozano, A. M. (2014). Trends in anorexia nervosa research : Analysis of the top 100 most cited works. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 9-14.
- Lloyd, M. (1996). Feminism, aerobics and the politics of the body. *Body & Society*, 2(2), 79-98.
- Lorimer, H. (2005). Cultural geography : the busyness of being “more-than-representational”. *Progress in Human Geography*, 29(1), 83-94.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. et Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. : A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Lucas, R. (2004). In and out of culture : Ethnographic means to interpreting schizophrenia. Dans J. Hunter et R. J. Barrett (dir.), *Schizophrenia, Culture and Subjectivity : The Edge of Experience* (p. 146-163). Cambridge : Cambridge University Press.
- Luff, G. M. et Gray, J. J. (2009). Complex messages regarding a thin ideal appearing in teenage girls' magazines from 1956 to 2005. *Body Image*, 6, 133-136.

- Lyke, J. et Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors, 14*, 497-499.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Londres et New York : Routledge.
- Maître, J. (2000). *Anorexies religieuses, anorexie mentale. Essai de psychanalyse sociohistorique*. Paris : Cerf.
- Malson, H. (1998). *The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Londres : Routledge.
- Malson, H. et Swann, C. (1999). Prepared for consumption : (Dis)Orders of eating and embodiment. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 9*, 397-405.
- Malson, H. et Ussher, J. M. (1996a). Body poly-texts : Discourses of the anorexic body. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 6*, 267-280.
- Malson, H. et Ussher, J. M. (1996b). Bloody women : A discourse analysis of amenorrhea as a symptom of anorexia nervosa. *Feminism & Psychology, 6*, 505-521.
- Malson, H. et Ussher, J. M. (1997). Beyond this mortal coil : Femininity, death and discursive constructions of the anorexic body. *Mortality : Promoting the Interdisciplinary Study of Death and Dying, 2(1)*, 43-61.
- Marie-Claire (2010). *Coupable d'anorexie*. Paris : L'Harmattan.
- Marinov, V. (2008). *L'anorexie, une étrange violence*. Paris : PUF.
- Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C.-n., Fang, A., Chosak, A. et Diniz, J. B. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups : Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 44(5)*, 412-420.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Gallimard.
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie, 45(3)*, 469-497.
- Martuccelli, D. (2005). Critique de l'individu psychologique. *Cahiers de recherche sociologique, (41-42)*, 43-64.

- Martuccelli, D. (2007). La souffrance et le modèle de l'individu psychologique. Dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation* (p. 31-50). Fribourg : Academic Press Fribourg/Éditions Saint-Paul.
- Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste*. Paris : Armand Colin.
- Martuccelli, D. et de Singly, F. (2010). *Les sociologies de l'individu*. Paris : Armand Colin.
- Mateos Rodríguez, I., Cowdrey, F. A. et Park, R. J. (2014). Is there a place for mindfulness in the treatment of anorexia nervosa ? *Advances in Eating Disorders*, 2(1), 42-52.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de psychologie*, 32(3-4). Récupéré de <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.mam.tec>.
- Mazzeo, S. E. et Bulik, C. M. (2008). Environmental et genetic risk factors for eating disorders : What the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 67-82.
- McAdams, C. J. et Krawczyk, D. C. (2011). Impaired neural processing of social attribution in anorexia nervosa. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 194, 54-63.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 23(3), 205-215.
- Memmi, D. (2014). *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., Georgiades, K., Heaton, L., Swanson, S. et Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents : Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–45.
- Meuret, I. (2006). *L'anorexie créatrice*. Paris : Klincksieck.
- Miller, M. N. et Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders : A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93-110.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. et Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge et Londres : Harvard University Press.

- Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N., Okamoto, Y., Otagaki, Y. et Yamawaki, S. (2010). Neural processing of negative word stimuli concerning body image in patients with eating disorders : An fMRI study *NeuroImage*, 50(3), 1333–1339.
- Moos, R. H. et Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Moreno, C. et Tandon, R. (2011). Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5 ? *Current Pharmaceutical Design*, 17(12), 1128-1131.
- Moreno Pestaña, J. L. (2006). Un cas de déviance dans les classes populaires : les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires. *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, (79), 68-95.
- Morris, R., Bramham, J., Smith, E. et Tchanturia, K. (2014). Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(1), 47-57.
- Nasser, M. (1988a). *Culture and weight consciousness*. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 573-577.
- Nasser, M. (1988b). Eating disorders : The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(3), 184–187.
- Nasser, M. (1997). *Culture and Weight Consciousness*. Londres : Routledge.
- Neveu, É. (1999). L'approche constructiviste des "problèmes publics". Un aperçu des travaux anglo-saxons. *Études de communication*, 22. Récupéré de <http://edc.revues.org/2342>.
- Nixon, H. L. II (1989). Reconsidering obligatory running and anorexia nervosa as gender-related problems of identity and role adjustment. *Journal of Sport and Social Issues*, 13, 14-24.
- Northoff, G. (1997). Einleitung : Neuropsychiatrie und Neurophilosophie. Dans G. Northoff (dir.), *Neuropsychiatrie und Neurophilosophie* (p. 9-35). Paderborn : Ferdinand Schöningh.
- Norvell, N. et Cooley, E. (1987). Diagnostic issues in eating disorders : Two cases of atypical eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 16, 317-323.

- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Socio-Medica Scandinavica*, 3, 17-26.
- O'Connor, E. (1995). Pictures of health : Medical photography and the emergence of anorexia nervosa. *Journal of the History of Sexuality*, 5(4), 535-572.
- O'Connor, R. A. et van Esterik, P. (2008). De-medicalizing anorexia. A new cultural brokering. *Anthropology Today*, 24(5), 6-9.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J. et Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 970-988.
- Orbach, S. (1978). *Fat is a Feminist Issue*. Londres : Hamlyn.
- Orbach, S. (1993). *Hunger Strike. The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. Londres : Penguin Books.
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65-89.
- Otero, M. (2008). Vulnérabilité, folie, individualité. Le noeud normatif. Dans V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social* (p. 125-145). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otero, M. (2012a). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Boréal.
- Otero, M. (2012b). Repenser les problèmes sociaux. Le passage nécessaire des populations "problématiques" aux dimensions "problématisées". *SociologieS*, 15 novembre. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/4145>.
- Owen, J. (2014, 6 juillet). Banning the word "thin" will never cure anorexia. *The Guardian*. Récupéré de <http://www.theguardian.com/society/2014/jul/06/thinspiration-anorexia-adam-richman-banning-word-thin-will-never-cure-anorexia>.
- Painter, R. C., Roseboom, T. J. et Bleker, O. P. (2005). Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life : An overview. *Reproductive Toxicology*, 20, 345-352.

- Parazelli, M. (2012a). L'individualisation des problèmes sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 1-8.
- Parazelli, M. (2012b). Contrer l'individualisation des problèmes sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 1-6.
- Park, R. J., Dunn, B. D. et Barnard, P. J. (2011). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I : A novel process account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 415-437.
- Park, R. J., Dunn, B. D. et Barnard, P. J. (2012). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa II : Implications for treatment and course. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 86-98.
- Parker, G., Tupling, H. et Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parr, H. (1999). Delusional geographies The experiential world of people during madness/illness. *Environment and Planning D : Society and Space*, 17, 673-690.
- Parr, H. et Butler, R. (1999). New geographies of illness, impairment and disability. Dans H. Parr et R. Butler (dir.), *Mind and Body Spaces : Geographies of Illness, Impairment and Disability* (p. 1-24). Londres : Routledge.
- Parr, H., Philo, C. et Burns, N. (2005). "Not a display of emotions" : Emotional geographies of the Scottish Highlands. Dans J. Davidson, L. Bondi et M. Smith (dir.), *Emotional Geographies* (p. 87-101). Aldershot : Ashgate.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, Ill. : Free Press.
- Passelecq, A. (2006). Balises culturelles et psychanalytiques pour déchiffrer les troubles des conduites alimentaires... Dans A. Passelecq (dir.), *Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême* (p. 19-29). Bruxelles : De Boeck.
- Pastinelli, M. (2007). De la culture comme produit à la culture comme expérience. Retour à l'ethnographie. *Ethnologies*, 29(1-2), 5-26.
- Pawluck, D. E. et Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa : Integrative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 347-352.
- Pike, K. M. et Borovoy, A. (2004). The rise of eating disorders in Japan : Issues of culture and limitations of the model of "westernisation". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4), 493-531.

- Pike, K. M., Dunne, P. E. et Addai, E. (2013). Expanding the boundaries : Reconfiguring the demographics of the “typical” eating disordered patient. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 1-8.
- Pile, S. (2010). Emotions and affect in recent human geography. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 35(1), 5-20.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O. et Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 815-824.
- Poulain, J.-P. (2002). *Sociologies de l'alimentation : les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Paris : PUF.
- Prince, R. (1983). Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome ? *Transcultural Psychiatry*, 20, 299-300.
- Prince, R. (1985). The concept of culture-bound syndromes : Anorexia nervosa and brain-fag. *Social Science & Medicine*, 21(2), 197-203.
- Probyn, E. (2003). The spatial imperative of subjectivity. Dans K. Anderson, M. Domosh, S. Pile et N. Thrift (dir.), *Handbook of Cultural Geography* (p. 290-300). Londres : Sage.
- Quéré, L. (2004). “Il faut sauver les phénomènes!” Mais comment faire ? *Espace-Temps*, 84-86, 24-37.
- Quéré, L. (2006). L'abstraction inhérente à l'établissement des faits comme problème. *L'Année sociologique*, 56(2), 389-411.
- Raimbault, G. et Eliacheff, C. (1989). *Les indomptables : figures de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Ramacciotti, C. E., Dell'Osso, L., Paoli, R. A., Ciapparelli, A., Coli, E., Kaplan, A. S. et Garfinkel, P. E. (2002). Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 206-212.
- Redgrave, G. W., Bakker, A., Bello, N. T., Caffo, B. S., Coughlin, J. W., Guarda, A. S., McEntee, J. E., Pekar, J. J., Reinblatt, S. P., Verduzco, G. et Moran, T. H. (2008). Differential brain activation in anorexia nervosa to fat and thin words during a stroop task. *Neuroreport*, 19(12), 1181-1185.

- Rey, Y. (2009). Chanson de geste, ou ce que nous apprend le travail systématique avec les familles où une personne est anorexique. Dans T. Vincent (dir.), *Soigner les anorexies graves. La jeune fille et la mort* (p. 163-187). Toulouse : Érès.
- Rich, E. (2006). Anorexic dis(connection) : Managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of Health & Illness*, 28(3), 284-305.
- Rich, E. et Evans, J. (2005). Making sense of eating disorders in schools. *Discourses : Studies in the Cultural Politics of Education*, 26(2), 247-262.
- Rieger, E., Touyz, S. W., Swain, T. et Beumont, P. J. V. (2001). Cross-cultural research on anorexia nervosa : Assumption regarding the role of body weight. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 205-215.
- Rio, L. M. et Rio, T. M. (2003). *The Anorexia Diaries. A Mother and Daughter's Triumph over Teenage Eating Disorders*. Emmaus, P.A. : Rodale.
- Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 347-361.
- Riva, G. et Gaudio, S. (2012) Allocentric look in anorexia nervosa : New evidences from neuroimaging studies. *Medical Hypotheses*, 79, 113-117.
- Rodgers, R. F., Skowron, S. et Chabrol, H. (2012). Disordered eating and group membership among members of a pro-anorexic online community. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 9-12.
- Root, M. P. P., Fallon, P. et Friedrich, W. N (1986). *Bulimia : A System Approach to Treatment*. New York : Norton.
- Rose, N. (2007). Governing the will in a neurochemical age. Dans S. Massen et B. Sutter (dir.), *On Willing Selves : Neoliberal Politics Vis-à-Vis the Neuroscientific Challenge* (p. 81-99). Londres : Palgrave Mcmillan.
- Rose, N. et Abi-Rached, J. (2013). *Neuro : The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton : Princeton University Press.
- Rose, N. et Abi-Rached, J. (2014). Governing through the brain. Neuropolitics, neuroscience and subjectivity. *Cambridge Anthropology*, 32(1), 3-23.
- Rosenvinge, J. H. et Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders, Part I : Introduction to the series and a historical panorama. *Advances in Eating Disorders : Theory, Research and Practice*, 3(1), 76-90.

- Rowa, K., Kerig, P. K. et Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa : Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9(2), 97-114.
- Russell, G. F. M. (1979). «Bulimia nervosa : An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
- Russell, G. F. M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa : An introduction to the conference. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 101-109.
- Russell, G. F. M. (1997). The history of bulimia nervosa. dans D. M. Garner et P. E. Garfinkel (dir.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (p. 11-24). New York : Guilford.
- Rutten, B. P. F. et Mill, J. (2009). « Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1045-1056.
- Santangelo, P. (2006). Introduction : The bidirectional network of bodily sensations and emotions. Dans P. Santangelo (dir.), *From Skin to Heart. Perceptions of Emotions and Bodily Sensations in Traditional Chinese Culture* (p. 1-23). Wiesbaden : Harrassowitz Verlag.
- Saukko, P. (2008). *The Anorexic Self. A Personal, Political Analysis of a Diagnostic Discourse*. Albany : State University of New York Press.
- Scheper-Hugues, N. et Lock, M. M. (1987). The mindful body : A prolegomenon to future work in medical anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schmidt, U. et Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa : Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Schütz, A. (2008). *Le chercheur et le quotidien : phénoménologie des sciences sociales*. Paris : Klincksieck.
- Segrott, J. et Doel, M. A. (2004). Disturbing geographies : Obsessive-compulsive disorder as spatial practice. *Social & Cultural Geography*, 5(4), 597-614.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation : From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Londres : Human Context Books.
- Shilling, C. (1997). Emotions, embodiment and the sensation of society. *The Sociological Review*, 45(2), 195-219.

- Shorter, E. (1987). The first great increase in anorexia nervosa. *Journal of Social History*, 21(1), 69-96.
- Shott, S. (1979). Emotion and social life : A symbolic interactionist analysis. *American Journal of Sociology*, 84(6), 1317-1334.
- Shouse, E. (2005). Feeling, emotion, affect. *M/C Journal : A Journal of Media and Culture*, 8(6). Récupéré de <http://www.journal.media-culture.org.au/0512/03-shouse.php>.
- Shugar, G. et Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 23-31.
- Silver, A. K. (2002). *Victorian Literature and the Anorexic Body*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders : Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Smolak, L. et Levine, M. P. (1993). Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 33-41.
- Soulet, M.-H. (2007). Vulnérabilité sociale et souffrance individuelle. Dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation* (p. 9-16). Fribourg : Academic Press Fribourg/Éditions Saint-Paul.
- Spitzack, C. (1993). The spectacle of anorexia nervosa. *Text and Performance Quarterly*, 13, 1-20.
- Squire, S. (2003). Anorexia and bulimia : Purity and danger. *Australian Feminist Studies*, 18(40), 17-26.
- Stearns, P. N. (2009). Preface. *Emotion Review*, 1(4), 291-293.
- Steiger, H. (1993). Anorexia nervosa : Is it the syndrome or the theorist that is culture- and gender-bound ? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30, 347-358.
- Steinglass, J. E., Walsh, B. T. et Stern, Y. (2006). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(3), 431-435.

- Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. et Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25-31.
- Stets, J. E. et Turner, J. H. (dir.) (2006). *Handbook of the Sociology of Emotions*. New York : Springer.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14(7), 633-661.
- Strober, M., Freeman, R. et Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa : Separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 135-142.
- Strober, M., Peris, T. et Steiger, H. (2014). The plasticity of development : How knowledge of epigenetics may advance understanding of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 696-704.
- Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., Iacono, W. G. et Klump, K. L. (2011). Parental divorce and disordered eating : An investigation of the gene-environment interaction. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 169-177.
- Swartz, L. (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science & Medicine*, 20, 725-730.
- Synnott, A. (1993). *The Body Social. Symbolism, Self and Society*. Londres et New York : Routledge.
- Taylor, C. (1998). *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*. Paris : Seuil.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P. et Treasure, J. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513-520.
- Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U. et Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLoS ONE*, 6(6), e20562.
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J. et Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders : Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE*, 7(1), e28331.

- TenHouten, W. D. (1997). Neurosociology. *Journal of Social and Evolutionary Systems*, 20(1), 7-37.
- TenHouten, W. D. (1999). Explorations in neurosociological theory. Dans D. D. Franks et T. S. Smith (dir.), *Mind, Brain and Society. Toward a Neurosociology of Emotions* (p. 41-80). Greenwich, C.T. : JAI Press.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa : A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214, 1-194.
- Thiel, A., Gottfried, H. et Hesse, F. W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. A study of the low weight category in rowers and wrestlers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 259-265.
- Thompson, S. H., Corwin, S. J. et Sargent, R. G. (1997). Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 279-284.
- Thrift, N. (2004). Intensities of feeling : Towards a spatial politics of affect. *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography*, 86(1), 57-78.
- Tierney, S. (2001). A reluctance to be defined “disabled”. How can the social model of disability enhance understanding of anorexia ? *Disability & Society*, 16(5), 749-764.
- Tolstrup, K. (1957). *Anorexi i barnealder og pubertet. En undersogelse af de kliniske anorexiformer og deres aetiologi*. Kobenhavn : Ejnar Munksgaard.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. et Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13, 351-359.
- Toyokawa, S., Uddin, M., Koenen, K. C. et Galea, S. (2012). How does the social environment “get into the mind” ? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology. *Social Science & Medicine*, 74, 67-74.
- Tozzi, Frederica, Patrick F. Sullivan, Jennifer L. Fear, Jan McKenzie et Cynthia M. Bulik (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa : The patient’s perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.
- Treasure, Janet, Angélica M. Claudino et Nancy L. Zucker (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593.
- Treasure, J. et Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited : A summary of the evidence for cognitive, socio-

- emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13). Récupéré de www.jeatdisord.com/content/1/1/13.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H. et Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.
- Turner, B. S. (1990). The talking disease : Hilda Bruch and anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 26(2), 157-169.
- Turner, B. S. (1996). *The Body and Society : Explorations in Social Theory*. Oxford et New York : Blackwell.
- Vander Ven, T. et Vander Ven, M. (2003). Exploring patterns of mother-blaming in anorexia scholarship : A study in the sociology of knowledge. *Human Studies*, 26, 97-119.
- Veronikah (2014). *Ce qui ne tue pas rend plus fort*. Longueuil : Performance Édition.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M. et Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Vincent, T. (2000). *L'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Volkow, D. et O'Brien, C. P. (2007). Issues for DSM-V : Should obesity be included as a brain disorder ? *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 708-710.
- von Scheve, C. (2011). Sociology of neuroscience or neurosociology ? *Advances in Medical Sociology*, 13, 255-278.
- Waddington, C. H. (1940). *Organisers and Genes*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 3-9.
- Waller, G. (1994). Bulimic women's perceptions of interaction within their families. *Psychological Reports*, 74, 27-32.
- Warin, M. J. (2003). Becoming clean : The logic of hygiene in anorexia. *Sites : Journal of Social Anthropology and Cultural Studies*, 1(1), 109-132.

- Warin, M. J. (2004). Primitivising anorexia : The irresistible spectacle of not eating. *Australian Journal of Anthropology*, 15(1), 95-104.
- Warin, M. J. (2005). Transformations of intimacy and sociality in anorexia : Bedrooms in public institutions. *Body & Society*, 11(3), 97-113.
- Warin, M. J. (2006). Reconfiguring relatedness in anorexia. *Anthropology & Medicine*, 13(1), 41-54.
- Warin, M. J. (2010). *Abject Relations : Everyday Worlds of Anorexia*. New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press.
- Wax, M. L. et Cassell, J. (1990). The looking glass self : Introductory notes on anorexia nervosa. *Mid-American Review of Sociology*, 14(1-2), 135-143.
- Weatherall, D. J. (2000). Single gene disorders or complex traits : Lessons from the thalassemias and other monogenic diseases. *British Medical Journal*, 321(11), 17-20.
- Weaver, K., Wuest, J. et Ciliska, D. (2005). Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 15, 188-206.
- Weinreich, P., Doherty, J. et Harris, P. (1985). Empirical assessment of identity in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 297-302.
- Weisberg, D. S., Keil, F. C., Goodstein, J., Rawson, E. et Gray, J. R. (2008). The seductive allure of neuroscience explanations. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 20(3), 470-477.
- Wichstrøm, L., Skogen, K. et Øia, T. (1994). Social and cultural factors related to eating problems among adolescents in Norway. *Journal of Adolescence*, 17, 471-482.
- Wierzbicka, A. (1994). Emotion, language and cultural script. Dans K. Shinobu et H. R. Markus (dir.), *Emotion and Culture ; Empirical Studies of Mutual Influence* (p. 133-196). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Williams, S. J. (2000). Reason, emotion and embodiment : Is "mental" health a contradiction in terms ? *Sociology of Health & Illness*, 22(5), 559-581.
- Williams, C. et Riley, S. (2013). Finding support and negotiating identity. An analysis of the structure and content of newbie posts and their elicited replies on five pro-eating disorders websites. *RESET – Recherches en science sociales sur Internet*, 1(2). Récupéré de <http://www.journal-reset.org/index.php/RESET/article/view/14>.

- Williams, P. et King, M. (1987). The “epidemic” of anorexia nervosa : Another medical myth ? *The Lancet*, 329(8526), 205-207.
- Williams, S. J. et Bendelow, G. (1996a). Emotions, health and illness : The “missing link”. Dans S. J. Williams et G. Bendelow (dir.), *Health and the Sociology of Emotions* (p. 25-53). Cambridge : Blackwell.
- Williams, S. J. et Bendelow, G. (1996b). The “emotional” body. *Body & Society*, 2(3), 125-139.
- Wittgenstein, L. (1961). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris : Gallimard.
- Wolch, J. et Philo, C. (2000). From distributions of deviance to definitions of difference : Past and future mental health geographies *Health & Place*, 6(3), 137-157.
- Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, C., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., Belger, A., Weisbrod, M., Treasure, J. et Friederich, H.-C. (2009). Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 608-616.
- Zhang, A. Y. et Snowden, L. R. (1999). Ethnic characteristics of mental disorders in five U.S. communities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(2), 134-146.
- Zucker, N. L., Merwin, R. M., Bulik, C. M., Moskovich, A., Wildes, J. E. et Groh, J. (2013). Subjective experience of sensation in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 256-265.