



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

La distinction sociale vue à travers les pratiques de l'anorexique

Groupe 5

Dion Emeline, Hussein Leila, Prodolliet Clémentine

Université de Genève
Département de Sociologie
UNI MAIL, 40 bd du Pont d'Arve
CH - 1211 Genève 4

www.unige.ch/ses/socio

Table des matières

Résumé	3
Introduction	4
Revue de la littérature et problématique	6
Méthode	17
Résultats	21
Conclusion	41
Bibliographie	44
Annexe	46

Résumé

L'anorexie peut-elle constituer un *objet* sociologique de plein droit ? C'est ce que nous allons tenter de démontrer en nous intéressant à la distribution sociale des pratiques anorexiques et à leur inscription dans une logique distinctive. L'analyse qualitative d'entretiens menés avec des professionnels des troubles du comportement alimentaire (TCA) nous a permis de mettre en évidence le caractère sociologique des pratiques anorexiques notamment du point de vue de leurs affinités avec celles des classes moyennes et supérieures. Néanmoins, il semble aujourd'hui pertinent de parler d'une certaine *démocratisation* de l'anorexie qui, malgré tout, n'enlève rien au caractère individuel et pathologique de ce trouble.

Introduction

Dans le cadre du projet de séminaire sur la thématique « Regards sociologiques sur le corps », nous avons choisi de nous intéresser à l'anorexie. Ce sujet nous a semblé particulièrement pertinent au regard de l'actuel contexte socio-culturel qui valorise la minceur et l'érige en norme esthétique, tandis que le surpoids – et *a fortiori* l'obésité – est stigmatisé. Il est également intéressant de voir que, depuis plusieurs années, ce cadre normatif semble conduire à la multiplication de divers régimes alimentaires visant une perte de poids rapide et importante. Ainsi, l'anorexie, de même que les autres troubles alimentaires, font actuellement l'objet d'une médiatisation ascendante et de publications nombreuses, principalement dans le domaine de la médecine et de la psychologie, l'anorexie étant traditionnellement considérée comme une pathologie individuelle¹.

Bien que ce trouble de l'alimentation ne soit pas spécifique au XXI^e siècle, la fréquence de ses manifestations – de même que leur visibilité – conduit certains chercheurs en sciences sociales à envisager une sorte d'*épidémie* qui gagnerait progressivement l'ensemble des pays occidentaux. Notons tout de même que, si la question d'une *épidémie anorexique* fait encore débat au sein du monde scientifique, les données épidémiologiques disponibles sur le sujet corroborent l'idée que ce trouble alimentaire concerne majoritairement des jeunes femmes (15-24 ans) d'origine sociale moyenne ou supérieure².

Si l'étude de l'anorexie recouvre un vaste champ de recherche recoupant des considérations sociologiques, socio-historiques, psychanalytiques et biomédicales, nous avons jugé pertinent, dans le cadre de ce travail, de nous distinguer de l'approche psychologique-médicale dominante, en adoptant une démarche sociologique centrée sur la distribution sociale des pratiques anorexiques. De là découle notre question de recherche : dans quelle mesure les

¹Par exemple, le Petit Larousse Illustré de 2005 propose de définir l'anorexie comme la « perte de l'appétit, organique ou fonctionnelle » et définit l'anorexie mentale comme une « affection psychiatrique touchant surtout l'adolescente, caractérisée par un refus plus ou moins systématique de s'alimenter et souvent liée à une confusion inconsciente entre faim et désir sexuel ».

²En raison de la prédominance féminine chez les anorexiques, nous utiliseront le pronom personnel féminin pour les désigner dans le cadre de ce travail.

pratiques mises en place par les anorexiques s'inscrivent-elles dans une logique distinctive ?

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons procédé à l'analyse qualitative de six entretiens menés avec des professionnels des troubles du comportement alimentaire (TCA). Notons que réaliser des entretiens avec des professionnels se trouvant au contact « direct » des personnes souffrant de TCA s'est avéré très enrichissant. En effet, au prisme de leurs expériences et des exemples de cas rencontrés, nous avons pu mettre en lumière les différentes logiques sous-jacentes aux pratiques des anorexiques, et, ce faisant, mettre à l'épreuve notre question de recherche.

Dans l'optique de répondre à cette question, nous mobiliserons dans un premier temps différentes approches théoriques : la sociologie de l'alimentation développée par Régnier, Lhuissier et Gojard (2006), les approches portant sur les logiques d'ostentation et de distinction mises en évidence par Veblen (1970), Goblot (1967) et Bourdieu (1996), ainsi que les approches sociologiques de l'anorexie proposées à la fois par Muriel Darmon (2008) et Jean-Pierre Corbeau (2002 et 2007). A travers ces différentes lectures, nous tenterons de rendre compte de l'inscription des pratiques anorexiques dans une logique distinctive en s'appuyant sur les concepts de *distinction* et d'*ostentation*, ainsi que de *travail anorexique*, d'*ethos anorexique* et de *capital corporel*. Cet état de la littérature nous permettra ensuite d'explicitier notre problématique en faisant dialoguer les différentes approches précédemment évoquées. Nous présenterons alors les principaux résultats issus de notre travail de terrain et nous les confronterons avec les différents éléments théoriques de notre problématique.

Revue de la littérature et problématique

Dans la mesure où l'approche proposée par la sociologie de l'alimentation inscrit le *mangeur* dans une perspective faisant intervenir la symbolique des aliments et des usages alimentaires, il nous a semblé évident que notre travail ne pouvait faire abstraction de cette approche. En effet, l'étude des pratiques alimentaires des anorexiques suppose de porter une attention toute particulière aux différents symboles, représentations et imaginaires collectifs associés à l'alimentation ainsi qu'aux pratiques alimentaires. L'aliment ne peut être envisagé ici dans sa seule utilité de nourrir ou de procurer du plaisir. Dans cette perspective, le choix des aliments ne va pas de soi et ne peut résulter d'un simple besoin physiologique mais il s'inscrit dans une logique de représentations différenciées selon les acteurs sociaux. En cela, notre analyse nécessite incontestablement l'apport de la sociologie de l'alimentation pensée par Faustine Régnier, Anne Lhuissier et Séverine Gojard dans leur ouvrage *Sociologie de l'alimentation* (2006).

Dans leur analyse de la diversité des rapports à la consommation et à l'alimentation, les auteurs envisagent l'alimentation comme constituant un support de l'identité aussi bien individuelle que collective. En effet, les représentations et les symboles associés à l'alimentation et aux pratiques alimentaires représentent un enjeu majeur, celui de conférer une identité aux mangeurs et plus largement à certains groupes sociaux. Ainsi, l'alimentation renvoie à l'appartenance ou à la non-appartenance d'un individu à un groupe social et permet à ce même groupe d'affirmer sa différence avec autrui.

Dans la continuité de leur raisonnement, les auteurs vont considérer *le caractère marquant* de l'alimentation puisqu'« au-delà de sa fonction identitaire, l'alimentation agit également comme un marqueur social » (2006 : 8). Elles notent, à ce propos, que certaines différences sociales en matière de consommation alimentaire persistent, aujourd'hui encore. En effet, « du côté des catégories aisées de la population, l'alimentation apparaît plus que jamais comme un élément de distinction (...). Du côté des catégories populaires, le tableau évoque plutôt la consommation de masse et ses excès, (...) » (p. 3). Ce faisant, les auteurs proposent une analyse de la structure sociale de la consommation dans laquelle l'étude de la classe ouvrière et des niveaux de vie d'Halbwachs (1964) se pose comme principal point d'appui.

En effet, l'alimentation n'est pas une simple question de survie puisqu'au-delà de sa valeur nutritive, la consommation alimentaire fait appel à un caractère social (Halbwachs, 1964). Comme le dit l'auteur, « il y a des aliments qu'on ne mange pas parce qu'ils sont considérés comme inférieurs, et d'autres qu'on recherche non seulement parce qu'ils apportent une satisfaction gustative à l'organisme

mais parce qu'ils font honneur » (p. 169). Pratiques alimentaires et prestige social apparaissent ainsi fortement liés. Ce rapport étroit entre préférences alimentaires et prestige marque la naissance d'un processus de distinction historiquement daté. En effet, l'étude de la fonction distinctive des manières de table menée par Jean-Louis Flandrin (1995) révèle que l'alimentation apparaît comme moyen de distinction à partir du XVI^{ème} siècle. Selon Norbert Elias (1975), c'est après l'établissement de la monarchie absolue au XVII^{ème} siècle que les aristocrates, au contact direct de la bourgeoisie, vont tenter de maintenir leur statut dominant en se distinguant par le biais de la gastronomie. Ainsi, ils vont se distinguer non plus par la quantité de nourriture dont ils disposent, mais par la qualité et la rareté des mets qu'ils consomment.

Par ailleurs, Régnier, Lhuissier et Gojard (2006) se réfèrent également à l'étude des budgets d'Halbwachs (1933) en vue de différencier les pratiques alimentaires des classes supérieures et celles des classes populaires. Elles reprennent ainsi sa conception relative aux facteurs déterminant les différentes pratiques alimentaires et mode de consommation. Selon Halbwachs, les différences d'usages alimentaires entre classes relèvent moins des contraintes financières que du niveau social auquel chaque classe sociale s'associe. De ce fait, la représentation collective du niveau de vie de chaque catégorie sociale se reflète dans les différences en matière de consommation. Pour cette raison, à revenu égal, un ouvrier ne consommera pas les mêmes aliments qu'un cadre. En effet, ses goûts, ses envies et ses besoins ne seront pas les mêmes que ceux d'un cadre puisqu'ils se seront forgés sur la base d'un système dans lequel les valeurs et les représentations symboliques sont associées à un niveau social différent de celui de l'employé. Ainsi, les aliments auxquels on associe un statut social élevé, tels que la viande ou encore le saumon, vont principalement être consommés par les classes supérieures. Ce faisant, nous considérons que la conception différenciée de l'alimentation et des usages alimentaires selon les catégories sociales – de même que leur inscription dans un processus de distinction - offre à notre travail une base théorique qui nous permettra de mettre en relation les pratiques alimentaires distinctives et les pratiques des anorexiques.

En vue de répondre à notre question de recherche, il nous semble maintenant primordial de convoquer des auteurs tels que Veblen (1970), Goblots (1967), et Bourdieu (1996), qui, à travers leur analyse de l'espace social ainsi que des logiques d'ostentation et de distinction, nous permettent d'entrevoir la portée distinctive des pratiques anorexiques.

Le point de départ de ces travaux est sans doute l'ouvrage de Thorstein Veblen sur la *Théorie de la classe de loisir* (1970), dans lequel il développe le

concept d'*ostentation*. Selon lui, la *consommation ostentatoire* réside dans la capacité potentielle à dépenser sans compter, et constitue en ce sens un moyen d'afficher son statut. Les diverses formes de consommation, de même que les canons esthétiques érigés en références dans la société, se rapportent alors aux habitudes de comportement et de pensée valorisées dans la classe supérieure. Il est important de préciser que le terme de *loisir* exprime chez Veblen (1970) la *consommation improductive du temps* qui tient au mépris du travail productif. En effet, celle-ci témoigne de la possibilité de mener une vie d'oisiveté proche de celle des aristocrates. D'autre part, les membres de la classe de loisir ont le devoir d'exposer le raffinement de leurs goûts et talents, ainsi que l'éloquence de leurs manières et de leur allure. Ces éléments sont reconnaissables à leur absence d'application lucrative, dans la mesure où ils répondent exclusivement à l'exigence d'une perte de temps manifeste. Les membres de la classe oisive édifient ainsi un décorum (*self-control*) qui va servir de règle pour les autres classes.

Quelques années plus tard, Edmond Goblot, dans *La Barrière et le niveau* (1967), proposera le principe de *distinction* quelque peu différent de celui d'*ostentation*. Pour lui, toute démarcation entre groupes sociaux est à la fois *barrière* et *niveau* dans la mesure où une pratique, tout comme la possession d'un bien, sert à se distinguer des autres groupes mais également à permettre au sien de conserver une uniformité.

En introduction de son chapitre intitulé *La Mode*, l'auteur écrit : « ce qui distingue le bourgeois, c'est la distinction » (Goblot, 1967 : 41). Il explique à ce propos que la bourgeoisie s'efforce de maintenir les classes populaires à distance afin d'être ni envahie ni confondue. Goblot oppose cette volonté de distinction au vulgaire, au commun, et précise que, si cette dernière doit s'ajouter au luxe et à l'élégance, elle ne peut les remplacer et doit avant tout être subtile. L'auteur ajoute également que, si la mode doit être facile à imiter pour être uniforme, cette opération doit tout de même demeurer assez pointue pour que la mode reste distinctive. En effet, la bourgeoisie délaisse un style dès qu'il est repris avec trop d'aisance par les classes jugées inférieures.

Il pourrait être intéressant, dans le cadre de notre travail, de relier cet aspect à la distinction qui s'opère au cours du temps dans les pratiques alimentaires. En effet, on peut reprendre l'exemple donné par Régnier, Lhuissier et Gojard (2006) à propos des épices. Selon elles, si aux XIV^{ème} et XV^{ème} siècles, les épices constituaient un marqueur social dans la mesure où elles n'étaient consommées que par l'aristocratie, cette dernière va cesser de les utiliser dès l'instant où leur consommation va se développer dans les autres classes sociales.

Il est ici nécessaire de préciser que les ouvrages de Veblen et Goblot sont tous deux ancrés dans des contextes particuliers, ceux de l'Amérique de la fin du XIX^{ème} siècle et de la France du XX^{ème} siècle, époques où les valeurs morales comme les canons esthétiques étaient sensiblement différents d'aujourd'hui. De fait, si nous n'utiliserons pas leurs constats – quelques peu datés – dans le cadre de ce travail, nous emprunterons cependant leurs outils et méthodes, précieux pour mener l'analyse que nous souhaitons développer sur l'anorexie.

A l'instar d'Edmond Goblot (1967), Pierre Bourdieu (1996) aborde la question de l'espace social sous l'angle de la *distinction* et postule que les diverses formes de consommation reflètent les différences de classe au sein d'un espace social hiérarchisé. Dans *La Distinction* (1996), il montre ainsi que la consommation artistique, de même que la construction sociale du goût, sont dépendantes du niveau d'instruction et de l'origine sociale. Il va cependant plus loin, en démontrant que la distinction repose sur l'exercice d'une domination ainsi que sur la légitimation de celle-ci. Dans cette optique, il distingue trois classes et trois modes de vie qui leur sont associés : la bourgeoisie, la classe populaire et la petite bourgeoisie. La bourgeoisie détient un capital économique fort et la sécurité matérielle dont elle jouit l'éloigne de la crainte de manquer du nécessaire. Il en découle une « disposition esthétique » et un « goût de la liberté » qui l'amènent à se tourner vers les biens et les pratiques culturelles ainsi qu'à en définir les canons dans le but d'affirmer sa supériorité. Pour l'auteur, le goût de la nécessité de la classe populaire s'en démarque, dans la mesure où celui-ci se caractérise par la préférence de la praticité à l'esthétique. Au centre de ces deux pôles, la petite bourgeoisie aspire, quant à elle, à la distinction mais ne détient ni le *capital culturel*, ni l'*habitus* nécessaires pour la réaliser, et bien qu'elle fasse preuve de « bonne volonté culturelle » (p. 135) en se dotant de certains signes extérieurs, elle ne parvient pas à achever ce processus de distinction.

Une *violence symbolique*, sournoise mais efficace, s'opère ainsi dans la société ; elle assure les positions de classes tout en les légitimant. La classe dominante impose en quelque sorte un *bon goût* que les autres classes admettent implicitement en reconnaissant leur infériorité. Précisons que, pour Bourdieu (1996), la légitimité de la culture dominante est d'autant plus grande qu'elle paraît éloignée du *monde social*. De plus, selon lui, les styles de vie des individus sont le reflet de leur position sociale. Ainsi, l'auteur s'efforce de faire apparaître une forte corrélation entre les manières de vivre, de sentir et d'agir des individus, leurs goûts et leurs dégoûts, et la place qu'ils occupent dans les hiérarchies sociales. Ce dernier point – peut-être le plus important de sa théorie – est celui qui va particulièrement nous intéresser dans notre travail. En effet, à l'aune de nos premières lectures nous pensons qu'il est pertinent, à l'instar de Muriel

Darmon (2008), d'émettre l'hypothèse selon laquelle le *recrutement* des anorexiques s'opère majoritairement dans les classes supérieures, dans la mesure où les pratiques de ces dernières, notamment sur le plan culturel, apparaissent comme un terreau fertile au développement de l'anorexie.

L'ouvrage de Muriel Darmon (2008) est incontournable dès lors qu'il s'agit d'aborder l'anorexie sous un angle sociologique. En effet, considérer l'anorexie comme objet d'analyse sociologique de plein droit pourrait, à première vue, soulever quelques questions d'ordre épistémologique. Comme nous l'avons précédemment évoqué, l'anorexie a longtemps été considérée comme un phénomène d'ordre individuel et pathologique, ce qui explique peut-être l'intérêt particulier que lui portent depuis plusieurs années les approches médicales et psychologiques. La question est alors de savoir de quelle manière peut-on faire une sociologie de l'anorexie ? Ou encore, dans quelle mesure l'anorexie peut être considérée comme un objet de recherche en sociologie ?

En répondant à ces questions, Muriel Darmon (2008) se propose de faire, de manière tout à fait inédite, une sociologie de l'anorexie. Adoptant une approche *par les pratiques* des anorexiques, elle envisage l'*activité anorexique* comme un *travail de transformation de soi* sans cesse reproduit, organisé et rationalisé par les jeunes femmes qui semblent mettre en place un véritable *régime de vie*. En effet, les différentes interviews réalisées dans le cadre de son étude³ font apparaître la constitution d'habitudes de vie au cours de la *carrière anorexique*⁴ à travers l'*incorporation de dispositions durables*⁵ qui naturalisent les efforts et le contrôle effectué sur le corps.

Dans le chapitre intitulé *L'espace social de la transformation de soi* (Darmon, 2008), l'auteur s'interroge sur les « conditions sociales de possibilité, nécessaires mais non suffisantes » (p. 249) de l'activité anorexique. En effet,

³Cette recherche a donné lieu à une thèse de doctorat de sociologie et à l'ouvrage *Devenir anorexique : une approche sociologique* (Darmon, 2008).

⁴En effet, Muriel Darmon envisage l'anorexie comme une *carrière* en référence à la sociologie interactionniste de la déviance en dégageant plusieurs étapes ou phases spécifiques à l'activité anorexique. Bien que la perspective de *carrière anorexique* soit tout à fait innovante et qu'elle présente un intérêt sociologique certain, nous n'étudieront pas plus en avant cet aspect de l'activité anorexique dans le cadre de notre état de la littérature.

⁵Formulation qui renvoie au concept d'*habitus* proposé par Pierre Bourdieu (1996).

l'enquête réalisée par l'auteur de même que les données épidémiologiques existantes, mettent en lumière les « spécificités du recrutement des anorexiques » (p. 249), à savoir la forte prédominance féminine, la tranche d'âge (15-24 ans) et l'origine sociale moyenne ou supérieure. Partant de ce constat, Muriel Darmon propose de réinscrire ce *travail de transformation de soi*, qui s'opère non seulement sur le poids mais aussi de manière plus générale sur l'apparence physique, les goûts et dégoûts alimentaires et corporels ainsi que sur le niveau scolaire, dans l'espace social. Elle s'efforce ensuite d'analyser l'ensemble des « dispositions et des croyances qui sous-tendent et guide le travail de modification de soi » (p. 250) à travers la mise en évidence d'un *ethos de tension* orienté vers l'excellence, voire l'*exceptionnalité sociale*.

Selon elle, du point de vue des pratiques alimentaires, la sélection des aliments opérée par les anorexiques ne correspond pas seulement à une pratique restrictive visant la perte de poids (à travers la réduction calorique de l'alimentation) mais elle s'inscrit de manière significative dans le diagramme de l'espace des consommations alimentaires construit par Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1996 : 209) On retrouve ici la dimension symbolique de la nourriture et des pratiques alimentaires mise en évidence par la sociologie de l'alimentation. Dans cette perspective, les représentations et valeurs associées aux aliments rendent leur choix révélateur d'un statut social au sein de la société. Chez les anorexiques, cette sélection apparaît comme une véritable « transformation sociale des goûts » (2008 : 253) ; les aliments privilégiés (poisson, légumes frais, laitages, aliments *légers, fins* et *raffinés*) étant ceux qui caractérisent les goûts dominants et, à l'inverse, les aliments restreints puis supprimés (charcuterie, pain, aliments *bon marché, gras, lourds* et *nourrissants*) correspondant aux goûts des classes populaires (pp. 251-252). De manière générale, l'ensemble des pratiques corporelles adoptées par les anorexiques, telles que celles concernant les repas (avec l'importance de la forme par opposition à la substance), les vêtements (typiquement féminins), le type de sport pratiqué (danse, natation, gymnastique) ou encore les goûts alimentaires, semblent correspondre en tous points à celles des classes supérieures.

Par ailleurs, la prise en main effectuée sur le front culturel paraît elle aussi révélatrice de l'orientation sociale supérieure du *travail anorexique*. En effet, la hausse de l'investissement scolaire aurait non seulement pour objectif manifeste de « se faire un niveau scolaire d'excellence » mais aussi plus largement de « se faire une culture en béton, c'est-à-dire légitime et irréprochable » (2008 : 259). Darmon insiste à ce propos sur le caractère volontariste et sur l'importance d'une revendication visible de cette « élévation sociale des goûts » (p. 253) ainsi que de cet « exercice scolaire illimité » (p. 276) constituant la toile de fond du travail acharné de *transformation de soi*. L'auteur fait également l'hypothèse d'une

interdépendance pratique entre les fronts du corps et de la culture qui constituent de véritables capitaux, en référence à la métaphore économique développée par Pierre Bourdieu (1996). Elle précise cependant que l'investissement sans limite qui est fait dans chacun de ces capitaux n'est pas le même selon l'origine sociale des enquêtées. Elle parle en effet d'une « différenciation sociale du travail de transformation de soi » (p. 275) qui réside dans la priorité faite à chacun de ces capitaux selon les origines sociales.

Au principe de la *tension anorexique* caractérisant le *travail de transformation de soi* se trouve un *ethos ascétique* (2008 : 276). Cet *ethos de tension* constitue une « discipline et une éthique de l'effort et de l'autocontrainte » (p. 276) qui oriente une « volonté de toute puissance » (p. 280) passant par le « contrôle sur le destin corporel et social » (p. 279). Pour Darmon, cet « ethos de contrôle n'est pas neutre socialement » puisqu'il s'inscrit dans l'espace des classes et des genres en s'opposant au « goût du hasard et au fatalisme populaires » (p. 279). L'auteur précise que cette notion d'*ascétisme* apparaît de manière fréquente dans les travaux des sciences sociales portant sur l'anorexie. On peut d'ailleurs la retrouver dans l'analyse des pathologies alimentaires proposée par Jean-Pierre Corbeau (2002 et 2007) dans laquelle il évoque l'idée d'un *ethos des complexés du trop* qui serait spécifique aux anorexiques.

L'*ethos de tension* se combine avec une attention de tous les instants à l'égard des jugements portés par autrui et des assignations sociales. L'anorexie et l'extrême maigreur apparaissent alors comme le *moyen* de s'extraire de l'« évaluation sociale des corps » (2008 : 282) en la contrôlant à travers l'imposition de l'étiquette « maigre » comme catégorie de perception. L'*ethos anorexique* guide ainsi le *travail de transformation de soi* vers l'*exceptionnalité sociale*, autrement dit la volonté de se distinguer du « populaire » voire même de la norme (« *avoir un plus par rapport aux autres* »), celle-ci étant précisément « non distinctive » (p. 290). Comme le dit l'auteur, « le fait de tenir le régime et la restriction alimentaire devient la pierre de touche d'une *force de caractère* qui signale l'excellence sociale par opposition avec ceux qui *n'y arrivent pas* » (p. 286). Comme nous le verrons par la suite, la notion de contrôle de soi caractéristique des anorexiques peut également être envisagée en termes de *rationalité diététique*, tel que Jean-Pierre Corbeau (2007) s'attache à le faire.

Par ailleurs, Muriel Darmon suggère que l'*ethos anorexique* se caractérise non seulement par un « élitisme corporel et culturel » (2008 : 289) mais également par une dimension spécifiquement *agonistique*, les anorexiques se représentant le monde comme « un monde social extrêmement hiérarchisé et compétitif où l'attribution du statut social s'obtient et se défend féroce sur la base d'objets culturels érigés en cristalliseurs absolus de la valeur sociale de la personne »

(à travers l'analogie gros-nul/maigre-brillant) (p. 295). Cette volonté de distinction (être *la plus maigre* et être *la meilleure*) entraîne un mépris explicite pour les « gros(ses) » qui constituent un véritable « repoussoir social » (p. 285). En effet, il apparaît au cours des entretiens menés par Muriel Darmon que les anorexiques les considèrent comme des personnes vulgaires qui *se laissent aller* étant totalement incapables d'effectuer ce travail de contrôle sur soi.

En définitive, le corps apparaît pour les anorexiques comme un « capital distinctif total » (2008 : 295) agissant comme un « signe qui sert à se représenter » (p. 296). Selon l'auteur, « l'importance du corps comme capital distinctif total se situe donc aux confluent d'une évolution historique, d'une position dans l'espace des classes sociales et d'une position dans l'espace des genres, formant ainsi un lieu historique où le corps distingué peut jouer comme cristallisateur de la valeur sociale de la personne » (p. 296). Le but explicite du *travail de transformation de soi* consiste alors pour les anorexiques dans le fait de devenir *différente* (de soi et des autres) pour se distinguer de la norme. Ainsi, comme le dit l'auteur, « aussi anormales ou obsessionnelles qu'elles puissent sembler, ces pratiques n'en correspondent pas moins à des pratiques caractéristiques des femmes des classes moyennes et supérieures » (p. 297).

Certaines des caractéristiques attribuées aux anorexiques par Muriel Darmon (2008) sont également développées par Jean-Pierre Corbeau (2002 et 2007). Il est ainsi possible de faire un parallèle entre l'*ethos anorexique* de Darmon et le concept d'*ethos des complexés du trop* proposé par Corbeau. De même, lorsqu'elle affirme que les anorexiques perçoivent le monde comme un terrain compétitif où tous les moyens sont mis en œuvre pour atteindre un statut social élevé, Corbeau parle d'un *corps alter ego* utilisé comme moyen de distinction dans *une société de performance*. Pour cette raison, à l'étude des anorexiques faite par Muriel Darmon, nous proposons d'ajouter quelques concepts développés par Jean-Pierre Corbeau.

Corbeau (2002) appréhende la notion d'*ethos* comme étant « la rencontre entre socialité et sociabilité » (p. 117). La *socialité* représente le déterminisme auquel chaque individu est soumis. En effet, tout individu se construit, malgré lui, sur la base d'un certain nombre de facteurs sociaux prédéterminés. Ainsi, Corbeau associe la *socialité* à l'image d'un tatouage « (...) dont on ne pourra jamais se défaire. » (p. 118). A l'inverse, la *sociabilité* fait référence à « un processus d'interaction » (p. 118), dans lequel l'individu va pouvoir définir sa relation aux autres. Dans cet espace de liberté, ce dernier aura la possibilité soit de se soumettre aux déterminismes en acceptant sa position d'agent passif, ou alors d'agir pour devenir acteur de sa propre vie. Ainsi, l'*ethos* renvoie, d'une part, à l'influence des déterminismes qui s'imposent à l'individu et, d'autre part,

aux stratégies mises en place par le sujet pour contrer, outrepasser ou échapper à cette influence. Corbeau reprend ensuite, la typologie des ethos de Ledut R. et al. (1979) construite dans les années 1980 et se propose d'appliquer un de leur trois types d'ethos⁶ dans un contexte plus contemporain : l'*ethos des complexés du trop* dans lequel s'inscrivent les anorexiques. En effet, comme il le développe dans un chapitre de l'ouvrage *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé* (2007), ces jeunes femmes vont avoir une représentation très *mécanique* de leur corps qui renvoie pour elles à l'image d'un tube où certains aliments seraient mieux acceptés que d'autres. Les anorexiques présentent également un mépris prononcé pour le sucre auquel s'ajoute la phobie des lipides. La plupart d'entre elles consomment alors principalement du liquide, perçu comme élément purificateur, dont l'absorption procure une impression de satiété.

Si les anorexiques limitent leur incorporation, elles font également intervenir un processus de mise à distance de la nourriture. Pour cela, ces *complexés du trop* font appel à une « rationalité diététique » (Corbeau, 2007 : 255) extrême qui « s'accompagne souvent d'une exacerbation du rapport réflexif au corps ; (...) » (p. 249). En effet, comme l'affirme Corbeau, « cette grande maigreur suppose une surveillance de soi refusant l'animalité du corps » (p. 255). Tout aliment évoquant « la vie par définition non prévisible » (p. 256) fait donc l'objet d'un rejet marqué par un désir de contrôle de soi. Cette *rationalité diététique* que les anorexiques s'imposent, résulte du projet d'atteindre un idéal corporel « censé leur conférer une reconnaissance sociale » (p. 251). Le corps, qui, selon l'auteur, est investi depuis la fin des années 1960 d'une « fonction informationnelle » (p. 253), va ainsi devenir un « objet de réflexion nutritionnelle » (p. 253). L'esthétisme corporel valorisant la notion de légèreté et de transparence s'associe alors à un modèle « d'efficacité sociale » (p. 253) auquel aspireraient la grande majorité des anorexiques.

Après avoir présenté les caractéristiques communes de ces *complexés du trop*, Corbeau (2007) propose une typologie des processus menant à l'extrême maigreur. Un des quatre types⁷ qu'il met en avant, renvoie à des jeunes femmes

⁶En effet, leur typologie se compose de trois ethos: les « complexés du trop », les « tenants du nourrissant » et les « tenants du nourrissant léger ». Dans le cadre de ce travail, nous retiendrons uniquement le premier ethos susmentionné.

⁷Les différents types de construction de l'extrême maigreur proposés par Corbeau (2007) ne renvoient pas à des appellations, à proprement parlé.

utilisant leur *corps alter ego* comme moyen de distinction dans une *société de performance*.

Les travaux des auteurs susmentionnés font apparaître deux éléments qui retiendront notre attention pour l'élaboration de notre travail. D'une part, l'importance des efforts mobilisés dans le *travail* de transformation du corps mis en place par les anorexiques, de même que la volonté de contrôle absolu sur le destin. D'autre part, l'utilisation du corps comme capital permettant de se distinguer du « populaire », voire même de la norme dans une société hiérarchisée et compétitive.

Après avoir passé en revue les différentes théories que nous souhaitons mobiliser dans le cadre de ce travail ainsi que les concepts qui leur sont associés, nous pouvons saisir toute la pertinence d'inscrire une étude de l'anorexie dans une perspective sociologique. En effet, la mise en évidence par Muriel Darmon (2008) du caractère sociologique des pratiques anorexiques, notamment du point de vue de leur rapport avec celles des classes moyennes et supérieures, permet d'envisager l'intérêt d'une étude sociologique de l'anorexie faisant intervenir différentes théories de la discipline telle que celle de la *distinction* proposée à la fois par Pierre Bourdieu (1996) et Edmond Goblots (1967).

Bien plus qu'une pathologie individuelle caractérisée par le refus de s'alimenter, l'anorexie consiste en un véritable travail de contrôle sur le corps, un *travail de transformation de soi* (Darmon, 2008) mû par une *rationalité diététique* (Corbeau, 2007) qui élève le corps au rang de *capital distinctif* dans le monde social. Ce travail anorexique se trouverait alors guidé par un *ethos* ascétique (Darmon, 2008) ou *ethos des complexes du trop* (Corbeau, 2002 et 2007) orienté vers l'excellence sociale comme moyen de distinction du « populaire ».

D'autre part, en matière de distinction sociale et d'ostentation, les théories de Goblots (1967), Veblen (1970) et Bourdieu (1996) paraissent, aujourd'hui encore, particulièrement éclairantes en dépit de leur inscription historique et contextuelle. En effet, la transformation des pratiques distinctives au cours du temps n'enlève rien à la permanence et à l'acuité de cette volonté de distinction de la « masse » qui caractérise les classes supérieures. A ce propos, la mise en évidence par Pierre Bourdieu d'une inscription dans l'espace social des diverses formes de consommation paraît essentielle dans le cadre de ce travail puisqu'elle établit que l'appartenance sociale détermine la construction sociale des goûts.

Les apports de la sociologie de l'alimentation concernant les représentations et valeurs associées aux aliments ainsi qu'aux usages alimentaires paraissent également utiles pour la compréhension des pratiques alimentaires de classe et celles des anorexiques. En effet, la mise en lumière de la dimension symbolique attachée à l'alimentation et aux pratiques alimentaires en dit long sur le choix relatif aux goûts effectué par les différents acteurs sociaux. Ainsi, l'alimentation, au-delà de sa valeur nutritive, se révèle être un marqueur social et identitaire dans un monde hiérarchisé et compétitif.

Dans cette perspective, le corps apparaît manifestement *comme un moyen en vue d'une fin*, celle de tenir son rang dans la société en se distinguant de la norme notamment à travers diverses pratiques alimentaires et sportives. Ce faisant, le corps constitue un véritable capital pouvant être mobilisé et permettant de cristalliser le statut social des individus dans la société. Les anorexiques semblent ainsi avoir intériorisé cette dimension distinctive du corps en appliquant de manière extrême les pratiques caractéristiques des femmes des classes moyennes et supérieures. D'où notre question de recherche : dans quelle mesure les pratiques mises en place par les anorexiques s'inscrivent-elles dans une logique distinctive ?

Afin d'étudier les différents aspects de la problématique, nous tenterons par la suite de répondre à quelques questions subsidiaires. En premier lieu, de quelle manière s'opère le *recrutement* des anorexiques ? Quelles pratiques corporelles et alimentaires spécifiques développent-elles ? Est-il légitime de considérer le corps comme un capital à disposition des individus ? Et finalement, peut-on affirmer que l'anorexie se borne aux classes sociales moyennes et supérieures ?

Méthode

L'approche qualitative nous paraissant la plus appropriée pour la réalisation de ce travail de terrain, nous avons – dans un premier temps – jugé pertinent de procéder à l'observation de quelques groupes de paroles puis de les compléter d'une série de quatre à six entretiens afin d'approcher les différents aspects de notre problématique.

Néanmoins, après avoir rencontré divers problèmes lors de la mise en place de ce projet, nous avons finalement dû renoncer à celui-ci. En effet, les professionnels que nous avons contactés nous ont tout d'abord fait part de l'impossibilité d'assister aux groupes de paroles, leur expérience leur ayant appris que la présence d'intervenants extérieurs modifiait passablement la dynamique de confiance escomptée lors de ces séances. Par ailleurs, ceux-ci nous ont également informées des éventuelles difficultés que nous pourrions rencontrer quant au « recrutement » des personnes souffrant d'anorexie pour la réalisation d'entretiens du fait, notamment, de la sensibilité du sujet. Finalement, après avoir discuté de la possibilité de réaliser une part de notre travail de terrain dans une clinique, nous avons été confrontées à un problème administratif nous contraignant à abandonner cette éventualité. Les différentes possibilités s'offrant à nous s'étant ainsi restreintes et, constatant le temps qu'il nous restait pour la réalisation de cette étape, nous avons malheureusement été dans l'obligation de revoir notre projet initial.

Nous avons alors envisagé de nous tourner vers les professionnels des troubles du comportement alimentaire (TCA) en les (re)contactant pour leur proposer des entretiens. En effet, si nous en avions préalablement contacté quelques uns en leur exposant notre démarche, nous les avons relancés lorsque nous avons dû renoncer à notre projet initial, et nous avons parallèlement pris contact avec de nouveaux interlocuteurs. Nous pouvons préciser ici que la sélection des répondants s'est faite dans un premier temps via notre réseau de connaissance puis, dans un second temps par le biais de celui des professionnels eux-mêmes.

Si nous avons envisagé l'option d'interviewer des professionnels dès le départ, celle-ci nous paraissait moins intéressante d'un point de vue méthodologique. Nous pensions en effet que la première possibilité envisagée nous fournirait des informations plus précises concernant les différentes logiques qui président aux pratiques (scolaires, sportives, alimentaires) des personnes souffrant d'anorexie et nous permettrait en ce sens d'apporter une réponse plus satisfaisante à notre question de recherche.

Néanmoins, réaliser des entretiens avec des professionnels se trouvant au contact « direct » des anorexiques présente selon nous un certain nombre d'avantages. Le premier réside dans la possibilité de contourner la difficulté liée à la sensibilité du sujet. En effet, interviewer des personnes souffrant d'anorexie nous aurait conduit à formuler des questions suffisamment précises tout en évitant d'introduire un biais ou de paraître trop invasives. Or, il est probable que cette thématique soit moins délicate à aborder avec des professionnels. Par ailleurs, mener des entretiens avec des « experts » nous permettrait également de saisir le sens que ceux-ci donnent aux pratiques des anorexiques.

De plus, au prisme de leurs expériences et des exemples de cas rencontrés, nous espérons pouvoir mettre en lumière les différentes logiques sous-jacentes aux pratiques des anorexiques, et, ce faisant, mettre à l'épreuve notre question de recherche.

Précisons que ce changement de perspective nous a conduites à abandonner notre grille d'observation réalisée au préalable pour les groupes de paroles et à reformuler les questions de notre grille d'entretien en les adaptant pour les rendre pertinentes aux yeux des professionnels. Conformément aux « recettes pratiques » de la méthode d'entretien⁸, il nous a semblé intéressant de répartir les questions dans différentes catégories⁹. Ainsi, les quelques questions d'ouverture avaient pour but, non seulement de connaître le contexte d'exercice de la profession des interviewés, mais également de les mettre « à l'aise » pour assurer le bon déroulement de l'entretien. Les questions suivantes ont quant à elles été distribuées dans différents champs thématiques : le recrutement des anorexiques, les « raisons initiales » de la maladie, le rôle de l'origine sociale, le rapport des anorexiques à la scolarité, au sport, à l'alimentation et à autrui.

Au terme de notre recherche, nous avons pu obtenir six rendez-vous avec des professionnels des TCA issus de différents corps de métiers. Ce faisant, nous espérons les conduire à exprimer leurs différentes visions de la maladie, et notamment de ses causes et manifestations particulières. Par ailleurs, conscientes de la charge que pouvait représenter notre rendez-vous dans le planning souvent chargé de ces professionnels, nous avons estimé à une heure la durée des entretiens.

⁸ Pour réaliser ce guide d'entretien nous nous sommes appuyées sur l'ouvrage suivant, issu de la série « L'enquête et ses méthodes » proposée par la Collection 128 : Blanchet Alain (2010), *L'entretien*, Paris : Armand Colin.

⁹ Cf. annexe 1.

Nous avons ainsi réalisé deux entretiens chacune avec des professionnels exerçant à Genève que nous allons brièvement présenter tout en préservant leur anonymat. La première personne interviewée, Mme Morel, une psychologue, s'occupe d'anorexiques depuis près de trois ans dans le cadre d'une association venant en aide aux personnes souffrant de TCA et à leurs proches. La seconde personne interrogée, Mme Müller, une femme de formation infirmière, travaille depuis bientôt trois ans auprès des anorexiques dans le cadre d'une clinique prenant en charge les personnes souffrant de dépendances et de TCA. Le troisième entretien a été mené avec Mme Desbien, une psychologue occupant une position dirigeante dans cette même clinique et œuvrant avec des anorexiques depuis près de quatre ans. La quatrième personne interviewée, Mme Vallon, une diététicienne, travaille quant à elle au contact des anorexiques depuis environ deux ans dans cette même clinique. Le cinquième entretien nous a conduites à interviewer le docteur Clavien, un médecin-psychiatre, travaillant auprès d'anorexiques depuis près de trente ans et exerçant actuellement dans cette même clinique depuis trois ans environ. Finalement, la sixième personne interviewée, Mme Kaser, une psychologue et diététicienne, travaille auprès d'anorexiques depuis bientôt quinze ans et exerce dans le cadre d'une autre institution à Genève.

Nous avons souhaité présenter brièvement le profil des professionnels rencontrés dans le but de rendre compte d'une part, de l'extrême diversité des corps de métiers et des années d'expérience entre nos différents interlocuteurs, et d'autre part, de leur inscription au sein d'un même groupe de pairs. En effet, à l'exception de la première personne interviewée, les professionnels rencontrés se connaissent entre eux étant donné qu'ils travaillent depuis plusieurs années au sein d'un même réseau.

Par ailleurs, les entretiens ont tous été enregistrés avec un dictaphone et retranscrits littéralement dans leur intégralité afin de permettre une analyse optimale de leur contenu. La méthode d'analyse de contenu nous a par la suite permis de réduire la complexité des résultats obtenus en construisant diverses catégories que nous présenterons dans la suite de ce travail. A ce propos, nous pouvons préciser que nous avons tenté de faire correspondre ces différentes catégories avec diverses thématiques mises en avant dans notre état de la littérature.

Nous pouvons cependant mentionner ici quelques limites rencontrées lors des entretiens. La première tient d'après nous au caractère relativement inhabituel de notre démarche. En effet, il est apparu que les professionnels avaient parfois des difficultés à développer leurs réponses lorsque celles-ci relevaient d'une dimension peu courante pour eux, telle que l'origine sociale des

patientes ou encore leur représentation symbolique des aliments. Nous avons ainsi été amenées à formuler beaucoup de relances en vue de maintenir la dynamique conversationnelle. La seconde limite découle *a priori* de la première : les entretiens se sont révélés plus courts que prévus, leur durée étant en moyenne de 35 à 45 minutes contre les 60 minutes préalablement estimées. Nous avons malgré tout été très bien reçues par l'ensemble des professionnels qui semblaient très intéressés par notre travail et soucieux de nous aider dans notre démarche.

Finalement, les entretiens nous ont permis de saisir les différentes thématiques figurant dans notre guide d'entretien en confrontant les avis des différents professionnels. Néanmoins, comme nous le verrons par la suite, les résultats obtenus se sont avérés plus nuancés que prévus, notamment en ce qui concerne la distribution sociale des pratiques anorexiques.

Résultats

Le « recrutement » des anorexiques

Les différents entretiens réalisés avec des professionnels nous ont permis d'identifier un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques communes chez les personnes souffrant d'anorexie. Cependant, il semble aujourd'hui nécessaire de nuancer certaines spécificités du recrutement des anorexiques telles qu'elles ont été identifiées par l'épidémiologie et décrites dans la littérature. En effet, dès le début de ce travail nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'anorexie concernait majoritairement la population féminine et plus particulièrement les jeunes femmes issues de classe moyenne et/ou supérieure.

Selon les professionnels des troubles du comportement alimentaire (TCA) interviewés, la forte prédominance féminine (plus de 9 femmes sur 10) constitue effectivement une caractéristique particulière de l'anorexie, bien qu'il semble aujourd'hui que les hommes soient davantage concernés par cette pathologie que par le passé. Les personnes interviewées s'accordent également sur le fait que les femmes souffrant d'anorexie appartiennent généralement à la tranche d'âge des 15-25 ans, cette période correspondant à celle de l'apparition de la maladie. Néanmoins, il apparaît dans les entretiens que l'anorexie semble toucher des personnes de plus en plus jeunes, le trouble pouvant se manifester dès l'âge de huit ans. Nous pouvons ici préciser que cette maladie peut également concerner des femmes plus âgées lorsque celles-ci souffrent d'anorexie chronique depuis leur adolescence.

Si la prédominance féminine et la tranche d'âge adolescente semblent ainsi faire l'unanimité au sein des professionnels, l'existence d'un lien direct entre l'origine sociale moyenne et/ou supérieure et l'anorexie paraît plus difficile à envisager. En effet, la majorité des personnes interviewées nous ont affirmé que l'anorexie – à leurs yeux - ne semblait pas se cantonner à une catégorie sociale particulière, l'origine sociale des patientes rencontrées étant généralement assez variée.

Mme Müller : « (...), j'ai pas l'impression que ça touche plus particulièrement un milieu social. »

Mme Vallon : « Il y a de tout. Il y a des gens très riches, il y a des gens très pauvres. Il n'y a vraiment pas, à mon avis, de facteur social déterminant dans l'anorexie (...). »

Toutefois, certains professionnels ont mis en évidence l'idée d'une certaine *démocratisation* de la maladie depuis quelques années. Il semblerait en effet que cette pathologie ne se limite plus seulement aux classes moyennes et/ou

supérieures mais touche de plus en plus des femmes d'origines sociales diverses et variées, comme en témoigne l'extrait suivant :

Dr Clavien : « On a longtemps dit que l'anorexie était surtout dans les catégories sociales favorisées, c'était vrai au début, dans les années 60-70, parce que seules les femmes riches accédaient aux médias et contrôlaient leur alimentation. Aujourd'hui, c'est totalement démocratisé, c'est à dire que toutes les couches sociales sont touchées, il n'y a pas de différence. »

Ainsi, s'il semblait y avoir un consensus dans les années 1960-70 autour de l'idée selon laquelle l'anorexie apparaissait majoritairement dans les classes aisées, il ne paraît aujourd'hui plus aussi pertinent d'envisager les choses uniquement sous cet angle là. Néanmoins, si l'évidence d'une causalité directe entre ces deux éléments tend à être réfutée, il convient de souligner que, quelque soit la relation envisagée par les professionnels, ces derniers insistent sur le fait que le statut social *à lui seul* ne suffit pas pour comprendre la genèse de la maladie. Autrement dit, il apparaît que l'origine sociale puisse tout de même – dans une certaine mesure – jouer un rôle dans le « recrutement » des anorexiques.

En premier lieu, il ressort lors des entretiens que, si l'anorexie concerne aujourd'hui une large part de la population, les jeunes femmes souffrant de ce trouble sont rarement issues de milieux très défavorisés. En effet, selon les professionnels il paraît évident que pour se permettre de « jouer » avec la nourriture, il ne faut pas avoir à se soucier de problèmes d'ordre financier. On peut relier ce constat avec celui proposé par Muriel Darmon lorsqu'elle affirme que « la sélection drastique des aliments, mais aussi le fait de jeter de la nourriture ou d'en laisser constamment dans l'assiette dénotent une posture de renoncement à la nourriture qui s'inscrit à l'opposé des pratiques alimentaires féminines et ouvrières décrites par O. Schwartz » (2008 : 255).

Mme Kaser : « On a peu de gens de milieu très défavorisé, on n'en a pas (...) c'est comme s'il fallait pas être menacé par une problématique financière ou liée à la survie pour pouvoir souffrir d'anorexie (...) quand on manque d'argent, puis qu'on peut pas manger ce qu'on veut, on va pas s'amuser à s'en priver. »

En second lieu, certains professionnels interviewés considèrent que si l'on part du postulat selon lequel les exigences concernant l'apparence physique sont plus élevées dans les classes moyennes et supérieures, il paraît effectivement envisageable d'établir un lien entre le milieu social dont les anorexiques sont issues et leur maladie.

Finalement, les entretiens ont également fait apparaître l'idée d'une évolution des représentations collectives concernant les habitudes alimentaires et culturelles évoquant un certain confort de vie. Cette évolution de l'imaginaire collectif aurait conduit notre société à valoriser la minceur en l'érigeant en norme esthétique et à faire du surpoids une problématique omniprésente.

Mme Kaser : « Et puis finalement, alors moi j fais le lien clairement, au niveau sociologique avec le niveau de vie. Ou genre avant, être gros, c'était avoir le temps et avoir l'argent, l'opulence pour manger; aujourd'hui être mince, c'est avoir le temps d'aller au fitness. Bronzer, c'est avoir le temps d'aller se faire bronzer aux UV, au soleil (...). »

Il semble ainsi que le « recrutement » des anorexiques se soit aujourd'hui *démocratisé* dans la mesure où il concerne des catégories de la population de plus en plus large si l'on considère la diversité des critères de sexe, d'âge ou d'origine sociale.

Le commencement ou la 1^{ère} phase d'engagement dans la *carrière anorexique*

A l'issue de notre travail de terrain, il ressort que les facteurs d'engagement dans la *carrière anorexique* sont divers et variés. En effet, les professionnels que nous avons interrogés s'accordent sur le fait que l'*origine* de l'anorexie est multifactorielle, les éléments déclencheurs de la maladie ne pouvant être rapportés à une seule cause explicative. Néanmoins, les différents entretiens mettent en lumière un phénomène déjà observé dans la littérature : le commencement d'un régime apparaît comme une condition *nécessaire mais non suffisante* d'engagement dans l'anorexie. En effet, la mise en place d'un régime alimentaire visant la perte de poids a été mentionné par les interviewés comme étant la cause *la plus connue* et *la plus fréquente* d'entrée dans la maladie (environ 7 personnes sur 10). Cependant, si les professionnels s'accordent sur cette question, la multiplicité des facteurs permettant d'expliquer le développement de l'anorexie - chez certaines personnes uniquement - fait également l'objet d'un consensus. En effet, les personnes interrogées ont mis en évidence l'existence d'un certain nombre de facteurs individuels susceptibles de favoriser l'engagement dans la maladie.

Pour la majorité des professionnels, le manque d'estime personnelle constitue un facteur potentiel de déclenchement de la maladie. Il semblerait en effet qu'un certain nombre d'anorexiques expriment un profond dégoût à l'égard de leur propre personne. Selon les professionnels, ces jeunes femmes se dépréciant énormément ressentiraient le besoin de « traiter et réparer leur estime

de soi », ce qui se traduirait alors par l'engagement dans un régime visant la perte de poids. Ainsi, l'anorexie serait pour ces jeunes femmes une façon de « se rendre plus aimable ou à aimer » dans la mesure où la perte de poids constitue un « grand pourvoyeur d'estime personnelle » leur permettant d'améliorer l'image insatisfaisante qu'elles ont de leur propre corps. Cette problématique liée à l'estime de soi apparaît comme le facteur déclencheur le plus fréquemment évoqué par les professionnels, l'anorexie débutant alors par une *transformation du regard que l'on porte sur soi*, tel que l'extrait suivant le révèle :

Mme Desbien : « On peut effectivement développer le trouble en commençant par un régime. L'idée d'un régime sous-tend le fait déjà qu'on ait envie de se plaire plus, donc sous-tendait le fait qu'on ne se plaît pas comme on est, donc qu'on a une image de soi pas satisfaisante, aimable et donc à aimer et donc qu'on chercherait à se trouver une image qui serait plus aimable, à aimer. »

Un autre élément apparaît de manière récurrente dans les différents discours tenus par les professionnels à l'égard du *commencement* de la maladie : l'idée selon laquelle il existerait un « terrain favorable » à l'apparition de l'anorexie. Il semblerait en effet que certaines caractéristiques personnelles telles qu'une grande sensibilité émotionnelle ou encore une prédisposition génétique puissent favoriser le développement du trouble chez certaines personnes plus que chez d'autres. Ces questions de caractère, de ressources personnelles et de vulnérabilité émotionnelle expliqueraient ainsi le fait que seules quelques personnes soient *capables* de s'engager dans l'anorexie en *continuant* dans la perte de poids. En effet, si la majorité des femmes ont déjà entrepris de faire un régime au moins une fois dans leur vie, seule une minorité d'entre elles développeront une pathologie alimentaire. Le commencement d'un régime ne peut donc expliquer, à lui seul, l'engagement dans l'anorexie.

Par ailleurs, les entretiens ont également mis en lumière l'influence d'expériences de vie ou d'événements traumatiques souvent liés à l'environnement, parmi lesquels on peut notamment citer les agressions sexuelles, les déménagements, les séparations ou encore les échecs personnels en tous genres. Néanmoins, les professionnels ayant mentionné l'existence de tels facteurs dans le déclenchement de la maladie précisent que seule une minorité de leurs patientes sont concernées par ces traumatismes (3 personnes sur 10). C'est donc en partie la façon dont seraient traitées et vécues ces expériences qui expliquerait l'entrée dans l'anorexie. Il semblerait ainsi que la sensibilité émotionnelle déjà évoquée précédemment entre à nouveau en compte dans la compréhension du développement de l'anorexie.

Finalement, une personne interrogée a évoqué l'existence d'une pression sociale sur le poids qui, selon elle, concernerait aujourd'hui toutes les couches de la population. Cette pression sociale conduirait ainsi à un désir de minceur motivant à son tour le commencement d'un régime. Cette violence symbolique qui s'exerce sur certaines personnes serait donc liée au contexte socio-culturel actuel qui valorise la minceur et stigmatise le surpoids. Dans cette perspective, la maigreur serait alors perçue comme une qualité socialement valorisée, l'obésité étant quant à elle violemment condamnée. Dans leur interaction avec leur environnement proche (famille, école), les personnes souffrant de surpoids seront ainsi constamment confrontées aux réflexions désagréables de leur entourage, celles-ci étant alors susceptibles de déclencher chez elles le développement de TCA.

Comme nous avons pu le constater, le commencement d'un régime constitue donc une condition nécessaire mais non suffisante au développement de la maladie, les différents facteurs favorisant l'engagement dans cette première phase de la carrière anorexique étant – comme le démontre l'extrait suivant – relativement nombreux.

Dr. Clavien : « Alors, [hésitation], les éléments déclencheurs c'est, on va dire pour faire simple, le plus connu, le plus constant c'est un régime ; ça commence presque toujours par un régime (...) associé à une prédisposition qui n'est pas un facteur de déclenchement, mais un facteur de fragilité ou de sensibilité. Et parfois il peut y avoir un déclencheur comme un déménagement, un échec quelconque, une séparation – c'est banal –il peut y avoir des traumatismes même plus graves, mais c'est pas si fréquent, c'est seulement 30% des gens qui ont des déclencheurs traumatiques ; 70% commencent par un régime qui va trop loin. »

Le rôle des médias et de l'influence de la société en général

L'inscription de l'anorexie dans le contexte socio-culturel

Les entretiens effectués avec les professionnels ont mis à jour l'influence de certains éléments socio-culturels qui semblent jouer un rôle contextuel dans l'explication des TCA en général et plus particulièrement dans la compréhension de certaines pratiques anorexiques. En effet, la majorité des interviewés ont mentionné de manière plus ou moins explicite, l'impact des médias, notamment sur les comportements alimentaires et sportifs des personnes souffrant d'anorexie. Ainsi, comme nous l'avons envisagé dans notre introduction, le contexte socio-culturel valorisant la minceur en l'érigant en norme esthétique et stigmatisant le surpoids semble actuellement conduire à la multiplication de divers régimes alimentaires ainsi qu'à l'attention permanente accordée au poids

quelque soit les milieux sociaux. Les professionnels interviewés observent en effet une influence des médias sur les représentations collectives et plus particulièrement des messages de santé publique et des campagnes publicitaires qui véhiculent des représentations sociales concernant « ce qui est bon ou bien pour la santé ». Comme nous l'ont affirmé certains professionnels, ce cadre normatif pourrait bien augmenter le risque de développer des troubles du comportement alimentaire chez certaines personnes.

Nous pouvons faire ici un parallèle avec l'approche de la sociologie de l'alimentation proposée par Faustine Régnier, Anne Lhuissier et Séverine Gojard (2006) mettant en avant l'existence de différents symboles, représentations et imaginaires collectifs associés à l'alimentation ainsi qu'aux pratiques alimentaires.

En premier lieu, les personnes interviewées parlent d'une influence des médias sur les comportements alimentaires des personnes souffrant d'anorexie dans la mesure où la société véhiculerait des notions ou représentations collectives concernant certains aliments. Ainsi, les aliments réputés sains (comme les céréales, les petites graines) tendront à être privilégiés par les anorexiques tandis que les aliments réputés nocifs pour la santé, *qui font grossir* (comme la banane, le pain, la friture) auront tendance à être éradiqués de leur alimentation. Par ailleurs, selon les informations recueillies, les anorexiques souffrent généralement d'orthorexie (souci de manger sain) ce qui les rend plus réceptives mais aussi plus vulnérables face aux messages publicitaires vantant les mérites de certains aliments *bons pour la santé*. A ce propos, une diététicienne interviewée parlera de véritable « réussite marketing » concernant les aliments estampés *wellness, light* ou *bons pour la santé* comme les barres de céréales, les biscottes ou les galettes de riz. En effet, l'apport calorique *réel* procuré par ces aliments entre en contradiction avec l'imaginaire collectif des anorexiques dans la mesure où elles excluent généralement les féculents de leur alimentation de manière radicale alors même que les biscottes et galettes de riz *sont* des féculents régulièrement consommés. De la même manière, toujours selon cette diététicienne, les anorexiques préféreront paradoxalement manger trois yaourts *lights* plutôt qu'un seul yaourt normal.

Mme Vallon : « Elle bouffait l'idée, parce que c'est une réussite marketing telle, que c'est estampé *wellness* et *light*. Et donc elle le bouffait. Alors au début je lui disais : « ah ouai non c'est bien, bon d'accord, prend ton dars-vida, bouffe ». Mais moi j'étais contente qu'elle mange son féculent. Donc là elle mangeait l'idée de la restriction, l'idée du *wellness*. (...) Donc elles vont manger des petites graines, c'est des oléagineux, on fait de l'huile avec, donc ça je m'abstiens de leur préciser. Mais voilà, elles mangeaient ça. Une salade sans sauce, elles vont mettre des oléagineux. Moi je laisse faire. Donc elles mangent l'idée que c'est bon pour la santé. »

On pourrait donc avancer ici l'idée d'une sorte d'*effet pervers* engendré par les campagnes de santé publique sur les comportements des individus dans la mesure où ces messages vont avoir une certaine résonance chez les personnes susceptibles de développer une pathologie telle que l'anorexie. Par ailleurs, ce qui est vrai dans le domaine de l'alimentation l'est aussi dans le domaine du sport : les anorexiques ayant tendance à appliquer à *la règle* les recommandations de santé publique, elles vont être amenées à pratiquer une activité physique de manière excessive et malsaine, comme nous le verrons par la suite. Il semblerait également que la société opère une influence sur les anorexiques dans la mesure où elle valorise – comme nous l'a affirmé le Dr. Clavien – certains comportements comme la rigueur, l'autodiscipline ou encore la maîtrise de soi.

Dr. Clavien : « On vous dit dans les médias qu'il ne faut pas manger trop gras, trop sucré et qu'il faut faire du sport donc elles suivent cela sur un mode orthorexique. »

En second lieu, les professionnels font état d'une influence des représentations sociales véhiculées dans les médias concernant les canons esthétiques de la beauté féminine. En effet, un des professionnels interviewé opère un rapprochement historique entre la démocratisation des médias et le développement des troubles du comportement alimentaires de façon quasi-épidémique depuis les années 1960. Plus particulièrement, la médiatisation du corps des femmes et le poids accordé au visuel (télévision, magazines féminins) semblent avoir participé à l'*éclosion* des TCA dans la mesure où les images médiatiques représentent et valorisent les corps des femmes minces. Cette valorisation de la minceur peut ainsi entraîner chez les jeunes femmes susceptibles de développer un TCA des logiques du type : « si je suis plus mince je serai plus jolie et on m'aimera mieux ».

Finalement, les constats formulés à l'égard de l'influence des médias et de la société en général ont conduit notre interlocuteur à faire l'hypothèse d'un lien étroit entre anorexie et sociétés occidentales dont témoigne l'extrait suivant :

Dr Clavien : « Dans certains pays en développement (...) qui sont en train d'adopter un style occidental (...) Je pense à une partie de l'Afrique du Nord, à certains pays asiatiques, où l'on constate que les troubles alimentaires commencent à apparaître dans les classes favorisées, puis ensuite cela va se démocratiser comme cela s'est passé chez nous il y a quelques 20 ou 30 ans. »

Bien que cet éclairage concernant l'influence des médias et de la société paraisse pertinent dans le cadre d'une étude sociologique de l'anorexie, il semble toutefois que ces éléments socioculturels ne puissent jouer qu'un rôle

contextuel dans l'explication de l'anorexie. En effet, il nous paraîtrait réducteur d'envisager cette pathologie dans la seule perspective de son inscription dans un univers historiquement et socialement construit.

Le travail anorexique de *transformation de soi*

Comme nous l'avons mentionné dans notre état de la littérature, Muriel Darmon (2008) envisage l'*activité anorexique* comme un *travail de transformation de soi* sans cesse reproduit, organisé et rationalisé par les jeunes femmes. En effet, il semblerait que les anorexiques mettent en place un véritable *régime de vie* à travers l'incorporation de *dispositions durables* ou habitudes de vie.

Dans le cadre de notre travail, les entretiens ont effectivement confirmé l'existence d'une sorte de *travail de transformation de soi* mis en place par les anorexiques selon le stade d'avancement dans la maladie. Les professionnels interviewés ont en effet largement insisté sur l'idée d'une progression dans l'anorexie à travers l'utilisation fréquente de mots traduisant l'existence de temporalités différentes (*à un moment donné, au départ, d'abord, après, ensuite*). Nous pouvons relier ce constat à la notion de *carrière anorexique* proposée par Muriel Darmon (2008). En effet, après avoir passé en revue nos divers entretiens, il nous paraît plus que pertinent d'envisager l'anorexie comme un processus se déroulant en plusieurs étapes. Sans pour autant présenter en détails la spécificité relative aux différentes phases de cette *carrière*, nous tenterons toutefois de rendre compte du développement progressif de la maladie. Il est par ailleurs important de préciser que ce *travail de transformation de soi* s'opère non seulement sur le poids et l'apparence physique mais aussi sur les pratiques alimentaires, scolaires et sportives. Du point de vue des pratiques alimentaires, le *travail anorexique* commencerait d'abord par une découverte progressive des anorexiques de leur capacité à perdre du poids en contrôlant leur alimentation, comme en témoigne l'extrait suivant :

Mme Desbien : « (...) je découvre qu'en contrôlant ce que je mange, je perds du poids, donc j'éprouve du plaisir, de la fierté et ça augmente mon sentiment de satisfaction de moi-même. Donc plus je me contrôle, plus j'ai l'impression de faire juste et plus j'augmente mon estime. C'est un cercle vicieux. »

Tel que décrit par les professionnels, cet apprentissage progressif les conduirait à éliminer certains aliments de leur régime alimentaire au fur et à mesure de leur avancement dans la maladie.

Mme Desbien : « (...) elles commencent d'abord à enlever tous les aliments qui ont du gras (...) après elles s'attaquent aux fruits (...) et puis on arrive à la feuille de salade. »

En ce qui concerne les pratiques scolaires et sportives, il semblerait que ces jeunes femmes commencent d'abord par s'investir davantage dans ces activités pour ensuite développer une forme d'hyperactivité. Les anorexiques sont ainsi décrites par les professionnels comme étant des personnes perfectionnistes qui s'investissent énormément dans tout ce qu'elles entreprennent. Ces jeunes femmes seraient ainsi fières de leurs résultats *parce qu'elles y travaillent beaucoup*. A ce propos, on se souvient que Muriel Darmon insistait elle aussi sur « l'importance, la visibilité, le caractère volontariste et la revendication de ce travail acharné » (2008 : 269).

Par ailleurs, les professionnels interviewés ont mis en avant qu'une fois le trouble installé durablement s'opérait une sorte de *lavage de cerveau*, le travail acharné effectué par les anorexiques devenant ainsi une *seconde nature*. En effet, la maladie va peu à peu prendre le monopole sur leur vie coupant très vite ces jeunes femmes de toutes autres formes d'activités. Ainsi, l'engagement dans la maladie est décrit par les professionnels comme un *travail à temps plein* sans jours fériés et sans week-end, les anorexiques n'ayant *plus le temps à autre chose*. Après avoir cessé d'exercer toute forme d'activité quotidienne, le poids deviendrait ainsi le centre de leur vie et le *travail anorexique* leur raison d'être. Comme nous l'a affirmé une infirmière leur vie étant basée là-dessus « si elles n'ont plus ça, elles n'ont plus rien ».

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ce travail de *conversion de soi* se caractérise également par l'incorporation de *dispositions durables* qui naturalisent le contrôle et les efforts effectués sur le corps (Darmon, 2008). Une fois ce nouveau *régime de vie* instauré, les dispositions anorexiques vont ainsi constituer des facteurs de maintien de l'engagement dans la maladie. En effet, les professionnels interviewés ont mentionné à plusieurs reprises l'existence d'une distorsion systématique entre les perceptions des anorexiques et la réalité. Au fur et à mesure de l'avancement dans la maladie, des mécanismes s'installeraient progressivement mais durablement si bien que les jeunes femmes ne parviendraient plus à percevoir les choses « sous des axes différents », c'est-à-dire autrement que selon leurs propres croyances ; elles seraient ainsi prises dans une sorte de spirale infernale. En ce sens, elles seraient convaincues de percevoir certaines zones de leur corps comme énormes alors qu'elles sont déjà à un stade d'amaigrissement très avancé. Il semblerait ainsi que ces croyances ou dispositions acquises guident le *travail de transformation de soi* dans la mesure où elles lui confèrent un sens nouveau permettant de maintenir l'engagement dans la maladie. Dans cette optique, Muriel Darmon (2008) avançait l'idée intéressante selon laquelle « l'anorexie apparaissait comme une

forme de socialisation secondaire, mais qui semble s'opérer en solitaire (...). » (2008 : 340). Le travail hospitalier s'effectuera ainsi en sens inverse du *travail anorexique* dans la mesure où il consistera, pour les professionnels, à faire disparaître ces dispositions pathologiques et malsaines pour en substituer de nouvelles.

On ne saurait cependant réduire l'anorexie à un simple *travail de transformation de soi*. En effet, comme nous l'avons mentionné dans notre état de la littérature, au principe de ce *travail anorexique* se trouve un *ethos ascétique* défini par Muriel Darmon comme une « discipline et une éthique de l'effort et de l'autocontrainte » (2008 : 276). Les entretiens ont effectivement confirmé l'existence d'une forme d'ascétisme qui caractériserait les comportements alimentaires et sportifs des anorexiques. Du point de vue des pratiques alimentaires, il semblerait que la restriction et la privation constituent une sorte de principes de conduite. En effet, une diététicienne évoquait les critères de sélection des aliments en ces termes, les anorexiques étant amenées à « manger l'idée de la restriction ». Par ailleurs, elle précisait que la valeur symbolique attachée aux aliments était également décrite par les anorexiques en des termes versés dans la pureté (« être plus pure »). A l'inverse des aliments *sains* et « bons pour la santé », les aliments *gras* et *sucrés* seraient quant à eux perçus comme salissants dans la mesure où ils *pourrissent le corps de l'intérieur*. Cependant, il est nécessaire de préciser que si l'alimentation semble générer des formes de représentations et d'imaginaires collectifs différenciées, notamment concernant les aliments « sains » ou « bons pour la santé », elle ne saurait constituer un véritable *marqueur social* chez les anorexiques. Ainsi, les entretiens ont davantage fait apparaître le côté restrictif de certains aliments que leur éventuel *prestige social*, comme nous le verrons par la suite.

On retrouve cette idée de restriction chez Corbeau (2007) lorsqu'il développe la notion de « rationalité diététique ». En effet, selon lui, si les anorexiques limitent leur incorporation, elles font également intervenir un processus de mise à distance de la nourriture faisant appel à une « rationalité diététique » (2007 : 255) extrême supposant « une surveillance de soi refusant l'animalité du corps » (p. 255). Ainsi, tout aliment évoquant « la vie par définition non prévisible » fait l'objet d'un rejet marqué par un désir de contrôle de soi.

Les entretiens ont également fait apparaître le caractère réflexif de l'activité anorexique que Corbeau (2007) mentionne également lorsqu'il parle « d'une exacerbation du rapport réflexif au corps ; (...) » (2007 : 249), celui-ci devenant ainsi un « objet de réflexion nutritionnelle » (p. 253). En effet, selon les professionnels, la connaissance de la valeur énergétique des aliments métamorphoserait ces jeunes femmes en véritables *expertes* de la mesure,

capables de compter de façon extrêmement précise et rigoureuse les calories présentes dans chacun des aliments. De la même manière, tous les mouvements réalisés lors de l'activité physique sont méticuleusement comptabilisés par les anorexiques. On peut retrouver l'importance de la comptabilisation et de la mesure décrite par les professionnels chez Muriel Darmon (2008) lorsqu'elle avance que « les indications de calculs montrent l'importance du caractère réflexif de ce travail de maintien de l'engagement. » (2008 : 144). Les anorexiques restrictives réussiraient ainsi – comme nous l'a précisé le Dr. Clavien – à continuer dans la perte de poids là où toutes les autres échouent. Du point de vue des activités sportives, il apparaît également que le fait de pratiquer une activité physique quotidienne aurait pour objectif d'anesthésier le corps « pour ne plus l'entendre crier ». Par ailleurs, les professionnels interviewés précisent que la pratique intensive d'un sport s'inscrit dans une logique de performance et ne comporte en ce sens aucune notion ludique. Les anorexiques chercheraient ainsi à être constamment en mouvement pour frôler l'épuisement, la perte de connaissance de manière à « ne plus être avec elles-mêmes ». En se focalisant sur autre chose, elles trouveraient le moyen de *tenir le coup* et de parvenir à leur but, celui de poursuivre dans l'amaigrissement. Selon les professionnels interviewés, le sport peut également apparaître comme un *comportement compensatoire* lorsque la restriction alimentaire ne suffit plus pour la perte de poids.

Dr. Clavien : « Quand c'est un comportement compensatoire, c'est à dire quand c'est « je mange trop » ou « j'aimerais manger moins mais je n'y arrive pas toujours et je veux maigrir », le sport est un comportement compensatoire, un comportement pour maigrir. »

Ainsi, comme le souligne Muriel Darmon (2008), « l'ajustement constant et mesuré des moyens aux objectifs poursuivis permet de parler d'une véritable rationalisation des pratiques de la prise en main » (2008 : 143).

Ce caractère rationnel et réflexif du *travail anorexique* fait également intervenir un élément décrit par les professionnels comme omniprésent chez les jeunes femmes souffrant d'anorexie : le souci permanent de se contrôler soi-même. En effet, comme le précise Muriel Darmon (2008), « tout le travail de maintien de l'engagement ne serait pas possible sans une posture pratique qui fasse intervenir du contrôle ou de la maîtrise (...) cette posture ne constitue pas un trait de la pathologie mais une condition de possibilité essentielle du maintien de l'engagement » (2008 : 168). Dans cette perspective, l'autodiscipline apparaît comme une stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés. En s'imposant de telles contraintes, les anorexiques parviendraient alors à contrôler leurs instincts et leurs besoins, à résister à leurs envies dans l'optique de ne plus éprouver de plaisir. Selon certains professionnels, ce système d'autocontrainte et d'hyper-

contrôle mis en place par les anorexiques peut être vu comme une façon de se maltraiter, de se punir dans la mesure où les jeunes femmes se déprécient énormément.

Les entretiens réalisés avec les professionnels des TCA ont ainsi permis de mettre en lumière l'existence de ce *travail anorexique de transformation de soi* décrit dans la littérature. De la même manière, nous avons vu que l'incorporation de dispositions durables semblaient guidées par un *ethos ascétique* qui passe par le contrôle permanent de son corps et de ses instincts.

Cependant, il nous faut encore préciser une limite rencontrée dans le cadre de ce travail. En effet, lors de la réalisation de notre guide d'entretien, nous avons dû opérer un choix concernant les différentes questions que nous souhaitions poser aux professionnels. Ainsi, nous avons choisi d'évacuer les questions relatives aux pratiques culturelles. Or, le travail effectué sur le front culturel, tel qu'il a été décrit par Muriel Darmon (2008), paraît constituer un élément décisif dans l'explicitation de la distribution sociale des pratiques anorexiques. Cet aspect du travail anorexique mériterait ainsi probablement d'être étudié plus en profondeur dans la mesure où il fait apparaître de nombreux éléments intéressants dans le cadre d'une recherche sociologique sur l'anorexie. Néanmoins, nous avons jugé pertinent de nous concentrer sur une seule dimension, celle du travail effectué sur le corps eu égard à la thématique proposée dans le cadre de ce séminaire.

Par ailleurs, l'inscription de ce *travail anorexique* dans l'espace social sera présentée dans une prochaine section. En effet, si nous avons présenté simultanément le caractère *socialement situé* des pratiques anorexiques et du *travail de transformation de soi* dans notre état de la littérature (Darmon, 2008), nous pensons aujourd'hui qu'il est judicieux de consacrer un chapitre particulier de notre recherche au caractère *social* de l'anorexie. Nous tenterons alors de mettre en évidence dans quelle mesure les pratiques des anorexiques peuvent être assimilées à celles des femmes des classes moyennes et supérieures.

L'ambivalence du rapport à autrui

Lors de l'analyse des entretiens menés avec les professionnels des TCA, il nous est apparu que le rapport à autrui devait constituer un axe important de notre recherche sur l'anorexie. Si ce point était traité de manière implicite dans notre état de la littérature par le biais de la distinction ou de l'ostentation, au vu de nos résultats il convient de le développer davantage. Tous les professionnels ont en effet évoqué ce point comme étant primordial pour comprendre à la fois le processus d'amaigrissement et le maintien dans la maladie.

La figure d'autrui semble tout d'abord, comme nous l'avons expliqué dans une précédente partie, pouvoir être considérée comme une des raisons motivant le processus d'engagement dans la maladie. Selon la plupart des professionnels, le regard des autres – imaginé ou réel – serait en effet une préoccupation constante chez les jeunes femmes anorexiques, comme le soulignent les extraits suivants :

Mme Desbien : « C'est quelque chose qui les préoccupe constamment. C'est obsédant ! A la mesure de leur propre regard. »

Dr. Clavien : « Alors on a démontré ça, c'est scientifique, les jeunes filles souffrant de troubles alimentaires sont plus souvent que la moyenne attentives au jugement des autres. »

A ce propos certains nous ont précisé que les anorexiques avaient tendance à penser que leur apparence physique pouvait déterminer le jugement des autres à leur égard. Mme Desbien nous confirmera à ce sujet que « si une jeune fille est tentée de penser que sa valeur dépend du jugement des autres, alors le risque de développer un trouble alimentaire est plus élevé ». Par ailleurs, il semblerait également que la perte de poids soit motivée par le « souci d'être aimée, appréciée, validée par les autres » ; en ce sens l'amaigrissement ne répondrait pas uniquement à un désir de minceur, mais renverrait plus largement à un besoin d'être approuvé (et accepté) par les autres.

D'autre part, la figure de l'autre pourrait aussi constituer un *facteur* d'amaigrissement dans la mesure où les anorexiques semblent entrer dans un rapport compétitif avec les individus en général, et plus particulièrement, dans le contexte d'hospitalisation, avec les autres jeunes femmes souffrant d'anorexie. Celles-ci s'inscriraient ainsi dans un rapport compétitif à l'autre, le but étant de se positionner comme « la plus maigre des maigres ». Dans cette perspective, le corps apparaît comme un capital distinctif dans la mesure où ces jeunes filles y puisent des ressources afin de se distinguer à la fois de la *masse* et des personnes constituant leur nouveau groupe de pairs.

Les différentes interviews nous laissent également penser que l'omniprésence de la figure d'autrui serait un facteur de maintien dans la maladie. En effet, au fur et à mesure de leur amaigrissement les jeunes femmes seraient progressivement étiquetées comme « minces », « maigres » puis « anorexiques ». La maladie définirait ainsi peu à peu les anorexiques au sens où elle devient ce qui les caractérise aux yeux des autres. L'une des personnes interrogées nous précisera qu'elles deviennent « la malade de la famille », la maladie constituant alors leur identité, comme en témoigne l'extrait suivant :

Mme Vallon : « (...) c'est vrai qu'il me semble que certaines d'entre elles ont décrit cette satisfaction à être la plus maigre de l'ensemble de leur entourage. Oui, ça c'est quelque chose qui les valorise. Une patiente qui souffre d'anorexie-boulimie, c'est la maigre de la famille, c'est son truc à elle. Si elle n'a plus ça, il ne lui reste plus rien. C'est une sorte d'identité (...) C'est LA malade de la famille. Alors ça c'est clair que c'est chez une grande partie des TCA. Donc c'est un facteur de maintien dans la maladie. »

Cet étiquetage progressif fait écho à la théorie développée par Muriel Darmon selon laquelle l'anorexie deviendrait petit à petit l'unique élément de définition des jeunes femmes souffrant de ce trouble. Comme nous l'ont précisé certains professionnels, les anorexiques ayant ainsi tendance à fonder leur estime personnelle sur cette nouvelle identité, le travail hospitalier consisterait alors à ne pas contribuer à nourrir cette idée d'étiquette anorexique.

Il semble d'autre part pertinent d'évoquer le développement d'un phénomène « nouveau » observé par l'une des personnes interviewées : l'importance des réseaux sociaux (tels Facebook ou Twitter) dans le maintien dans la maladie. Bien que ce phénomène n'ait été mis en évidence que par une personne interviewée, nous avons jugé judicieux de le faire apparaître dans notre travail considérant que ce constat rejoignait l'idée de la constitution d'un groupe déviant¹⁰ dans lequel les anorexiques valoriseraient la maladie comme *mode de vie* (à travers le partage d'expériences et de photos). Selon Mme Desbien, les anorexiques développeraient en effet une « nouvelle forme de dépendance : vivre des relations sociales à travers Facebook ». Si ce phénomène est devenu – à en croire certains spécialistes des médias¹¹ – très courant *chez les jeunes*, il constitue un réel problème dans le *traitement* de la maladie dans la mesure où il semble entraver l'évolution des jeunes filles dans la voie de la guérison. En effet, si le processus de soin passe par la prise de conscience de la gravité de la maladie et du caractère extrême de l'amaigrissement, les jeunes filles utilisant régulièrement les réseaux sociaux tendraient à se confiner dans la maladie. Comme nous l'a expliqué Mme Desbien, si les anorexiques « continuent à alimenter la maladie en mettant des photos sur Facebook... et elles ne se

¹⁰ En référence à la sociologie interactionniste de la déviance, Muriel Darmon (2008) utilisait ce terme lorsqu'elle envisageait l'anorexie comme une *carrière* conduisant à la constitution d'un *groupe déviant*.

¹¹ On pourra notamment se référer à l'ouvrage d'Olivier Levard et Delphine Soulas (Levard Olivier, Soulas Delphine (2010), *Facebook : mes amis, mes amours... des emmerdes ! La vérité sur les réseaux sociaux*, Paris : Michalon).

[rendent] pas compte qu'à ce moment là, elles sont complètement en train de ne parler que de la maladie, d'afficher la maladie, de se vanter de la maladie ».

Si, comme nous venons de l'explicitier, la figure de l'autre semble constituer un facteur essentiel à prendre en compte pour tenter de comprendre le travail opéré sur le corps et le long processus de sortie de la maladie, il est cependant important de souligner le caractère ambivalent du rapport à autrui. En effet, si le regard des autres paraît être une préoccupation constante chez les anorexiques, cela ne semble être vrai qu'à un certain moment. Le spécialiste des TCA que nous avons interviewé a ainsi mis en évidence qu'une indifférence affective s'installait progressivement, l'amaigrissement ayant pour effet d'éteindre « la relation interpersonnelle émotionnellement ». La perte de poids semblerait donc paradoxalement s'accompagner d'une perte d'intérêt pour le jugement des autres. Ce constat fait écho aux travaux de Muriel Darmon (2008) lorsqu'elle affirme que l'anorexie et l'extrême maigreur apparaissent comme le *moyen* de s'extraire de l'« évaluation sociale des corps » (2008 : 282) en la contrôlant à travers l'imposition de l'étiquette « maigre ». Une infirmière a également évoqué ce phénomène en précisant qu'au fur et à mesure que progresse la maladie, les anorexiques n'étaient plus dans « un rapport affectif difficile » avec les autres. Peu à peu, leur propre rapport au corps semble ainsi primer sur le regard des autres ; pour le dire autrement, c'est « d'abord entre elle et elle ». Il nous paraît ainsi judicieux d'éclairer ce *paradoxe* en citant un interviewé reprenant ce qu'est, selon lui, le mécanisme de réflexion opéré par les anorexiques à ce propos :

Dr Clavien : « ce que les autres vont penser de moi, maintenant que j'ai maigri cela m'est devenu indifférent, c'est moi et par rapport à moi, aujourd'hui mon problème, c'est mon estime de moi. »

L'ambivalence de ce rapport à autrui peut aussi être considérée à travers la manière de se vêtir des jeunes femmes souffrant d'anorexie. Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur le type de vêtements que les anorexiques privilégiaient en général, leur réponse a été unanime : « ça dépend ! ». Il semblerait en effet que certaines anorexiques portent des habits amples alors que d'autres privilégient des vêtements près du corps, très féminins, mettant en avant leur maigreur. Par ailleurs, si tous estiment *a priori* que les vêtements amples sont utilisés pour se *cache*r, les professionnels ont néanmoins développé deux types d'interprétations différentes. Il s'agirait effectivement pour certains d'une volonté de ne pas révéler sa maigreur afin de se protéger des injonctions du type « il faut que tu prennes du poids », tandis que pour d'autres cette volonté de se cacher serait liée au sentiment de honte qu'elles ressentent quant au fait de ne pas avoir perdu assez de poids, d'être *trop grosse*. De la même manière,

nous avons observé une divergence d'opinion dans l'explication de ce qu'ils qualifient volontiers d'*exhibitionnisme* pour caractériser l'attitude de certaines de leurs patientes. Si certains considèrent que cela est dû à un sentiment de *fierté* lié au travail effectué sur le corps, pour d'autres cela relève davantage d'une forme de masochisme dans le sens où les anorexiques s'exposeraient pour se *salir*, se maltraiter, comme le souligne l'extrait suivant :

Mme Vallon : « Il me semble que celles qui s'exhibent et qui sont un petit peu osées, c'est aussi une façon de se salir et de dire : « regarder mon corps, c'est de la merde de toute façon donc je le donne à voir à tout le monde parce qu'en fait c'est de la merde ce corps ». Et c'est aussi cette notion là. C'est une façon de salir son corps que de le donner à voir d'une manière aussi trash. (...) Mais c'est une façon de se maltraiter. Tellement elles ont peu d'estime pour leur corps, qu'elles vont encore plus le maltraiter en le donnant à voir de façon trash comme ça. »

Par ailleurs, les différentes personnes interviewées ont toutes mis en évidence l'importance du phénomène d'anosognosie observé chez les personnes souffrant d'anorexie. En effet, celles-ci ne percevraient pas leur corps tel qu'il est *réellement*, mais « avec 20 à 30 kilos de plus ». Comme nous l'a expliqué Mme Vallon :

« Si quelqu'un leur dit qu'elles sont maigres, elles ne vont pas le croire le plus souvent (...) Elles espèrent être dans les maigres mais quand on le leur dit elles ne le croient pas. Si on leur renvoie ce qu'elles sont, elles pensent qu'on leur dit des mensonges. »

De la même manière, Mme Desbien exprime ce paradoxe en ces termes :

« On me dit que, je risquerais de mourir mais c'est pas vrai ! C'est pas ce que je sens ! Moi je sens que j'ai la pêche, que je ne sens plus rien, que je suis compétente et que ça marche ! Pourquoi voulez-vous que je m'arrête ?! (...) il faut que je continue ! C'est vous qui ne comprenez pas !!! »

Néanmoins, cet aspect de la maladie est d'autant plus paradoxal, qu'il semblerait, qu'en règle générale, les anorexiques arrivent très bien à se représenter le poids *réel* des autres. A travers cette illustration de l'anosognosie, on comprend à quel point – leur perception de la réalité étant déformée par la maladie - leur rapport à autrui peut être biaisé.

Affinités entre les pratiques des classes moyennes et supérieures et celles des anorexiques

Si lors de l'analyse des différents entretiens il est apparu que nous ne pouvions envisager de manière pertinente un lien direct entre l'origine sociale des anorexiques et le développement de ce trouble, il semble néanmoins que l'on puisse mettre en évidence certaines affinités entre les pratiques des classes supérieures et celles mises en place par les anorexiques.

En premier lieu, nous pouvons percevoir certaines similitudes entre les pratiques des femmes issues de classes aisées et celles développées par les anorexiques dans le domaine de l'alimentation. En effet, toutes deux semblent privilégier les crudités, les fruits et légumes ainsi que le poisson et évacuer de leur alimentation les féculents, les aliments gras et sucrés. Toutefois, s'il est possible de faire ce parallèle, il est important de préciser que les anorexiques adoptent une attitude beaucoup plus restrictive dans le choix des aliments que les personnes des classes aisées dans la mesure où elles rejettent par exemple le saumon (trop gras), ainsi que tout autre aliment dont le nombre de calories est jugé trop élevé. A ce propos, les professionnels ont d'ailleurs précisé que le critère principal de sélection des aliments était la représentation de leur apport calorique. Il est ici pertinent de souligner que cette observation va partiellement à l'encontre des affirmations de Muriel Darmon (2008) selon laquelle les personnes souffrant de ce trouble privilégiaient avant tout des aliments *fins* et *raffinés* majoritairement consommés par les femmes des classes supérieures.

On peut ainsi noter que si leur consommation alimentaire paraît proche, leurs motivations concernant le choix des aliments semblent être différentes. En se référant à la sociologie de l'alimentation développée par Régnier, Lhuissier et Gojard (2006), nous avons en effet pu mettre en évidence que « du côté des catégories aisées de la population, l'alimentation apparaît plus que jamais comme un élément de distinction » (2006 : 3). Or, il semblerait que les anorexiques rejettent quant à elles certains aliments qu'elles appréciaient auparavant dans la mesure où cela leur donne l'impression « d'être contrôlant sur [elles-mêmes], sur [leurs] instincts » pour reprendre l'expression de l'infirmière. On retrouve derrière cette volonté de restriction, l'idée du *travail de transformation* opéré sur les goûts alimentaires que nous avons mis en avant lors de la réalisation de notre état de la littérature, notamment à partir de la théorie développée par Muriel Darmon (2008).

Il apparaît également que les anorexiques, tout comme les femmes des classes supérieures, ont une propension importante à consommer des produits

vendus sous l'étiquette *light*, *wellness* ou *biologique*. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces produits constituent selon Mme Vallon une véritable « réussite marketing » dans la mesure où ils sont consommés pour l'image qu'ils véhiculent (image de légèreté, d'une faible teneur calorique et de quelque chose de sain). Il est alors important de soulever le fait que ces aliments étant relativement chers par rapport aux denrées ordinaires, leur consommation est réservée soit aux personnes aisées financièrement, soit aux personnes particulièrement soucieuses de tenir un régime alimentaire *sain*.

En second lieu, il semble aussi possible de comparer les pratiques sportives des anorexiques avec celles des femmes issues des classes aisées. Comme nous l'avons évoqué dans une précédente partie, certains professionnels ont en effet décrit l'activité sportive des anorexiques comme étant « très rigoureuse » et portée sur la « performance » au sens strict du terme (faire beaucoup de sport pour perdre du poids). Faire un parallèle entre ces caractéristiques et la manière dont les personnes des classes supérieures font du sport paraît alors judicieux dans la mesure où, selon O. Schwartz (Darmon, 2008 : 164), la performance et la rigueur constituent également des *lignes de conduite* pour la pratique sportive des femmes de classes aisées.

De la même manière, les activités sportives privilégiées par les anorexiques se pratiquent généralement en solitaire (vélos, fitness, course à pieds) dans la mesure où, étant axée sur la performance individuelle, elles ne comportent aucune notion ludique. Les entretiens ont également révélé que les anorexiques favorisaient certains sports comportant des exigences particulières comme la rigueur, l'esthétisme, la finesse ou la grâce, éléments que l'on attribue généralement aux pratiques des classes supérieures.

Dr. Clavien : « la danse classique en particulier, plus que moderne, où il faut être très mince, la gymnastique, là où il faut être fin, esthétique (...). »

Finalement, certains professionnels nous ont affirmé que, les anorexiques étant très exigeantes envers elles-mêmes, elles essayaient de se créer une nouvelle image, celle d'une personne à l'apparence parfaite qui donne l'impression de tout contrôler. Ce souci de montrer délibérément aux autres la capacité à maîtriser son apparence et sa vie en général pourrait également constituer un point de comparaison entre les pratiques des anorexiques et celles des classes supérieures.

Par ailleurs, nous avons évoqué dans l'état de la littérature, la volonté des personnes d'origine sociale élevée de se *distinguer de la masse*, notamment à

travers la mise en place de certaines *stratégies* vestimentaires. Cependant, si les anorexiques ne semblent pas se distinguer par leur style vestimentaire, nous pouvons néanmoins supposer que l'amaigrissement extrême apparaît lui aussi comme un moyen de se distinguer.

On peut également retrouver dans les pratiques mises en place par les anorexiques l'idée d'ostentation mise en évidence par Thorstein Veblen (1970). Selon lui, les membres de la classe de loisir ont en effet le devoir d'exposer le raffinement de leurs goûts, leur talent ainsi que l'éloquence de leurs manières et de leur allure. L'exhibition mentionnée par certains professionnels à propos de l'attitude de certaines anorexiques peut ainsi être interprétée comme une volonté de montrer sa réussite, sa capacité à se restreindre et donc à réfréner ses pulsions, ce que peu de personnes sont finalement capable de faire. Ce constat est néanmoins à nuancer dans le sens où, comme nous l'avons précisé dans la partie consacrée à ce sujet, cette exhibition est loin de concerner toutes les anorexiques.

Il est aussi possible de relier ce concept d'ostentation développé par Veblen (1970) au style de vie des anorexiques dans la mesure où il définit la classe de loisir – caractérisée par l'attitude ostentatoire – comme une classe faisant un usage improductif du temps. Or, on peut avancer que les anorexiques ont elles aussi une consommation improductive du temps étant donné que la maladie les épuise au point qu'elles ne puissent plus exercer d'activité professionnelle, ni même – au delà d'un certain stade – être capable de réfléchir. Cependant, faire un tel parallèle paraît réducteur puisque cela reviendrait à mettre de côté le caractère non désiré de l'arrêt de toute activité productive chez les anorexiques. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, la plupart des professionnels ont mis en évidence une tendance au sur-investissement dans certaines activités lorsque la maladie le permettait encore.

*

Après avoir présenté les principaux résultats issus de notre analyse des différents entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche, il convient de préciser certains points que nous n'avons pas encore mentionnés. En effet, il nous paraît important de revenir synthétiquement sur la *forme* des propos développés par les professionnels.

Nous souhaitons notamment évoquer l'omniprésence du discours scientifique dans les différents entretiens menés. En effet, le recours fréquent aux statistiques nous paraît révélateur d'un souci d'exactitude, de précision, de rigueur et d'objectivité par rapport aux propos avancés. De la même manière, les interviewés mentionnaient régulièrement différentes études ou expériences

scientifiques menées dans le domaine des TCA. Autre point intéressant, la plupart faisaient souvent référence au Docteur Clavien, probablement en raison de sa longue expérience auprès des personnes souffrant de TCA et des différentes études qu'il a menées sur le sujet. D'autre part, au-delà d'une rhétorique scientifique partagée, les professionnels avaient recours à certains termes médicaux très précis témoignant du sérieux de leur explication. Cependant, très soucieux de partager leur savoir et de rendre leur discours accessible, ils prenaient la peine de joindre à leurs propos une explication usant des termes de sens commun.

De plus, les professionnels nous ont paru particulièrement soucieux de décrire au mieux la logique et le fonctionnement propres aux anorexiques tout en demeurant fidèles à leurs paroles. Toutefois, les anorexiques qu'ils rencontrent étant – la plupart du temps – insérées dans un processus de soin, ils ont précisé qu'ils ne pouvaient effectuer un suivi dans le long terme. Ainsi, il est apparu qu'ils rencontraient quelques difficultés à rendre compte de l'idée d'une *transformation de soi* qui s'opérerait chez ces jeunes femmes au cours de la maladie.

Par ailleurs, au vue de nos résultats, il nous semble pertinent d'avancer l'idée selon laquelle la distinction passerait désormais davantage par la restriction que par l'ostentation au sens où l'entendait Veblen (1970). En effet, si celui-ci a développé sa théorie dans un contexte où les restrictions faisaient partie de la vie quotidienne de la majorité des individus, les sociétés occidentales modernes sont, à l'inverse, caractérisées par la profusion de biens de consommations et de loisirs. Dans un tel contexte, le luxe et l'abondance pourraient avoir perdus de leur capacité distinctive au détriment de la capacité à se restreindre¹². Dans cette perspective, les anorexiques – en développant un mode de vie basé sur la restriction – s'inscrivent donc bien dans une logique distinctive.

¹² On pourra par exemple se référer aux nombreux ouvrages à destination des catégories socio-professionnelles supérieures vantant une décoration minimale, des régimes très restrictifs ou encore le retour au naturel.

Conclusion

Au début de ce travail, nous avons exprimé notre intérêt concernant la question de l'inscription des pratiques anorexiques dans une logique distinctive. Nous souhaitons en effet nous distinguer de l'approche psychologique-médicale dominante en adoptant une démarche sociologique centrée sur la distribution sociale de ces pratiques. Au terme de notre analyse, nous pouvons constater que l'approche sociologique présente un intérêt certain concernant l'étude de cette maladie. Néanmoins, il nous semble aujourd'hui peu pertinent d'établir un lien *direct* entre l'anorexie et l'origine sociale des personnes souffrant de cette pathologie.

Ainsi, bien que les données épidémiologiques et la littérature s'accordent sur le fait que l'anorexie touche principalement des jeunes femmes issues de classes moyennes et/ou supérieures, il ressort de nos entretiens que ce trouble alimentaire ne se cantonne aujourd'hui plus uniquement à ces catégories sociales. En effet, si l'anorexie semblait concerner majoritairement des jeunes femmes d'origine sociale moyenne et supérieure dans les années 1960-70, ce trouble s'est vraisemblablement *démocratisé* depuis quelques années touchant désormais toutes les couches de la population à l'exception des personnes en situation de grande précarité.

Toutefois, il apparaît qu'il soit possible d'envisager l'anorexie au regard de l'inscription sociale des pratiques qui la caractérise. À partir des différents entretiens que nous avons menés, nous avons en effet pu mettre en évidence certains parallèles entre les pratiques mises en place par les anorexiques et celles des femmes issues de classes sociales moyennes ou aisées notamment concernant les domaines de la consommation alimentaire et du sport. La mise en évidence de certaines affinités entre leurs différentes pratiques ne nous permet pas pour autant d'affirmer que les pratiques anorexiques s'inscrivent dans une logique distinctive au sens où nous l'avons envisagé. Certes, il apparaît que les anorexiques aspirent à une certaine forme de distinction ou d'ostentation notamment lorsqu'elles exhibent leur corps dans le but d'afficher le résultat de leur travail. Néanmoins, les entretiens ne nous permettent pas d'avancer que les pratiques anorexiques renvoient à un désir d'élévation sociale tel que Muriel Darmon (2008) l'avait supposé dans son ouvrage sur l'anorexie. En effet, s'il apparaît que le but du travail effectué - notamment – sur le corps consiste pour les anorexiques dans le fait de devenir *différente*, cette volonté de *modification de soi* paraît davantage liée à des considérations psychologiques ou individuelles telles qu'un manque d'estime personnelle ou la peur du jugement des autres. Les

informations recueillies lors des entretiens nous amènent ainsi à conclure que l'anorexie ne se caractérise pas – *a priori* - par une dimension élitiste.

Si après avoir analysé l'ensemble de nos entretiens, nous pouvons saisir toute la pertinence d'inscrire une étude de l'anorexie dans une perspective sociologique, nous pouvons malgré tout percevoir les limites de cette approche relativement inédite de l'anorexie en tant qu'*objet* sociologique. En effet, il nous paraît difficile d'émettre des conclusions générales concernant les spécificités de ce trouble dans la mesure où les propos de nos interlocuteurs au sujet des pratiques anorexiques pourraient se résumer en ces termes : « ça dépend ». L'anorexie demeurant avant tout un phénomène pathologique et individuel, il leur semblait en effet relativement difficile de prononcer d'éventuelles généralités tout en rendant compte de logiques dominantes chez les anorexiques qu'ils côtoient. Une seconde limite tient d'après nous au caractère relativement inhabituel de notre démarche. En effet, il est apparu que les professionnels avaient parfois des difficultés à développer leurs réponses lorsque les questions traitaient d'aspects peu fréquents pour eux, tels que l'origine sociale de leurs patientes ou leurs représentations symboliques des aliments.

Par ailleurs, si notre travail a pris en compte le point de vue des professionnels des TCA, c'est à défaut de celui des anorexiques *elles-mêmes*. Or, nous sommes aujourd'hui convaincues qu'il aurait sûrement été intéressant de mener des entretiens - et *a fortiori* des *focus group* - avec des anorexiques. En effet, celles-ci auraient probablement été en mesure de nous faire part de leurs propres expériences de la maladie en nous décrivant le déroulement de leur quotidien et plus particulièrement de leurs pratiques alimentaires et sportives. Certes, la réalisation d'entretiens avec des professionnels nous a permis de recueillir des propos intéressants quant aux différentes logiques qui président aux pratiques des anorexiques. Néanmoins, nous avons eu l'opportunité de réaliser un entretien, à titre exploratoire, avec une jeune femme souffrant d'anorexie au demeurant très intéressée par notre travail et désireuse de nous aider dans notre démarche. L'entretien s'étant révélé particulièrement enrichissant et éclairant du point de vue de notre problématique, nous pensons que donner la parole aux anorexiques *elles-mêmes* aurait pu nous permettre de récolter des informations précieuses quant à la distribution sociale de leurs pratiques.

In fine, il serait selon nous judicieux de prolonger cette recherche en s'attachant davantage à étudier la *socialisation secondaire* qui semble s'opérer

au cours de la maladie. En effet, nos entretiens nous ont permis de mettre en évidence le fait que les jeunes femmes anorexiques semblaient incorporer des dispositions et pratiques particulières, - des façons de faire, de voir et de sentir - et seraient dans le même temps étiquetées comme *anorexiques*. Ainsi, avoir une compréhension plus fine de ce processus, pourrait *a fortiori* permettre de mieux appréhender la maladie dans une perspective sociologique. En effet, bien plus qu'une pathologie individuelle caractérisée par le refus de s'alimenter, l'anorexie consiste en un véritable travail de contrôle sur le corps qui élève le corps au rang de *capital distinctif* dans la société. A l'instar de Muriel Darmon (2008), il aurait donc été très intéressant d'envisager l'anorexie dans la perspective d'une *carrière*, en tant que processus comportant plusieurs étapes dans lequel les individus s'engagent. En effet, après avoir passé en revue nos différents entretiens, il nous paraît pertinent de considérer l'anorexie comme un trouble se développant selon plusieurs *moments* spécifiques suivant une certaine progression. Dès lors, il nous semblerait intéressant d'étudier dans quelle mesure l'anorexie peut s'inscrire dans une logique particulière de déviance en mettant notamment en avant les spécificités relatives aux diverses phases de la *carrière déviante anorexique*.

Bibliographie

Blanchet Alain (2010), *L'entretien*, Paris : Armand Colin.

Bourdieu Pierre (1996 [1^{ère} ed. : 1979]), *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris : Minuit.

Corbeau Jean-Pierre (2007), Trajectoires sociales de pathologies alimentaires, in : Boëtsch Gilles, Hervé Christian et Rozenberg Jacques (dir.), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles : De Boeck Université, pp. 249-271.

Corbeau Jean-Pierre et Poulain Jean-Pierre (2002), *Penser l'alimentation : Entre imaginaire et rationalité*, Toulouse : Editions Privat.

Darmon Muriel (2008 [1^{ère} ed. : 2003]), *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris : La Découverte.

Elias Norbert (1975 [1^{ère} ed. : 1939]), *La Dynamique de L'Occident*, Paris : Calmann-Lévy.

Flandrin Jean-Louis (1999 [1^{ère} ed. : 1986]), La distinction par le goût, in : Ariès Philipe et Duby Georges (dir.), *Histoire de la vie privée. De la Renaissance aux Lumières*, Paris : Seuil, pp. 267-309.

Flandrin Jean-Louis (1995), L'innovation alimentaire du XIV^{ème} au XVIII^{ème} siècle d'après les livres de cuisine, in : Eizner Nicole (dir.), *Voyage en alimentation*, Paris : ARF Editions, pp. 19-36.

Goblot Edmond (1967 [1^{ère} ed. : 1925]), *La barrière et le niveau*, Paris : PUF.

Halbwachs Maurice (1933), *L'Evolution des besoins dans les classes ouvrières*, Paris : Felix Alcan.

Halbwachs Maurice (1964 [1^{ère} ed. : 1938]), *Esquisse d'une psychologie des classes sociales*, Paris : Marcel Rivière et Cie.

Ledrut Raymond *et al.* (1979), *L'Evolution des comportements alimentaires sous leurs aspects qualitatifs*, Toulouse : Le Mirail.

Levard Olivier, Soulas Delphine (2010), *Facebook : mes amis, mes amours... des emmerdes ! La vérité sur les réseaux sociaux*, Paris : Michalon.

Régnier Faustine, Lhuissier Anne et Gojard Séverine (2006), *Sociologie de l'alimentation*, Paris : Editions la Découverte.

Veblen Thorstein (1970 [1^{ère} ed. : 1899]), *Théorie de la classe de loisir*, Paris : Gallimard.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

I- Questions d'ouverture, pratiques :

- 1) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des anorexiques ?
- 2) En quoi consiste votre travail auprès des anorexiques ?
- 3) Pensez-vous qu'on puisse parler d'une recrudescence des TCA ces dernières années ?
- 4) Quelle proportion de femmes rencontrez-vous parmi vos patients ?
- 5) A quelle tranche d'âge appartiennent-elles généralement ?

II- « Raisons » initiales :

- 1) En général, quel est l'élément déclencheur, le « commencement » de la maladie ?
- 2) On évoque régulièrement un « mauvais rapport » aux régimes, qu'en pensez-vous ? Avez-vous des exemples ?

III- Rôle de l'origine sociale :

- 1) Connaissez-vous l'origine sociale de vos patientes ? Si oui, pouvez-vous nous dire de quel milieu social sont-elles généralement issues ?
- 2) Selon vous, est-il légitime d'envisager un lien entre l'origine sociale des patientes et leur maladie ? Si oui, dans quelle mesure ?
- 3) Est-ce un lien que vous constatez depuis toujours ? Avez-vous des exemples ?

IV- Rapport à la scolarité et à la culture :

- 1) En règle générale, les patientes que vous rencontrez exercent-elles une activité (scolaire ou professionnelle) ? Si oui, quelle importance y accorde-t-elle ? Avez-vous des exemples ?

- 2) Peut-on observer des transformations au cours de la maladie dans leur investissement dans ce type d'activité ? Certains parlent parfois de « sur-investissement » qu'en pensez-vous ? Avez-vous des exemples ?
- 3) On met souvent en évidence l'idée d'une volonté de « transformation de soi » par l'instauration d'un « régime de vie » assez ascétique et centré sur le travail et la culture, qu'en pensez-vous ?
- 4) De manière générale, accordent-elles beaucoup d'importance au regard d'autrui ?
- 5) D'après vous, quelle image tentent-elles de renvoyer ? (image d'une maîtrise parfaite de soi...)

V- Rapport au sport :

- 1) Savez-vous si les anorexiques pratiquent généralement un sport ? Si oui, lesquels sont les plus fréquemment pratiqués ? A quelle fréquence et à quel niveau ?
- 2) Quelle importance accordent-elles à la pratique de ce sport ?
- 3) Que recherchent-elles, à votre avis, dans cette pratique sportive (dépassement de soi, épuisement, grâce, image féminine / neutre, etc.) ?

VI- Rapport à l'alimentation :

- 1) En général, quels sont les aliments privilégiés par les anorexiques ? Que symbolisent-ils pour elles ?
- 2) A votre avis, selon quels critères les aliments sont-ils choisis ? (calorie, image noble...)
- 3) Certains aliments génèrent-ils une forme de dégoût ? Que symbolisent-ils pour elles selon vous ? (notamment le gras, si non évoqué)

VII- Rapport au corps :

- 1) Sauriez-vous nous dire quelle image ont-elles de leur propre corps ? Diriez-vous qu'il y a eu un changement depuis le début de la maladie (dans cette image) ?

2) En général, quels vêtements semblent-elles privilégier ? D'après vous, pour quelles raisons ?

Annexe 2 : Interview avec le Dr. Clavien

Emeline : « Depuis combien de temps travaillez-vous avec des anorexiques ? »

Dr. Clavien : « Depuis une trentaine d'années environ. »

Emeline : « Pensez-vous que l'on puisse parler d'une recrudescence des TCA ces dernières années ? »

Dr. Clavien : « Je suis très partagé puisqu'il y a deux informations. Une qui nous vient des pays scandinaves qui ont fait des enquêtes épidémiologiques très sérieuses et qui disent que le nombre de patients souffrant de troubles alimentaires est stable depuis les années 1990 et qu'il ne semble pas qu'il y ait d'augmentation, il y aurait même pour certains un petit déclin. Et puis j'ai en même temps des informations qui disent le contraire concernant les plus jeunes. Il semblerait que les troubles alimentaires comme l'anorexie soient plus fréquents en ce moment chez les plus jeunes filles et même chez les jeunes garçons et ce dès l'âge de huit ans alors qu'avant on disait que c'était très rare. Donc il y a deux informations contradictoires bien que cela peut être que globalement le nombre de personnes souffrant de troubles alimentaires est stable mais qu'il y a moins de personnes anciennes et plus de personnes jeunes. »

Emeline : « Quelle proportion – toujours moyenne – constatez-vous de femmes et d'hommes parmi vos patients ? »

Dr. Clavien : « Pour la globalité des troubles alimentaires c'est de l'ordre d'un homme pour dix femmes. Plus particulièrement pour l'anorexie, c'est même encore plus rare que dans les troubles comme la boulimie, où la c'est bien un sur dix, et dans l'hyperphagie boulimique où il y a plus d'hommes, ça peut aller jusqu'à un quart d'hommes souffrant de boulimie et d'obésité en même temps, par exemple. C'est donc beaucoup plus fréquent pour ce type de trouble de voir des hommes malades. »

Emeline : « *Dans le cadre de ce travail on a choisi d'utiliser le pronom elle pour désigner les anorexiques, étant donné qu'il y a une majorité de femmes souffrant de ce trouble alimentaire.*

A quelle tranche d'âge appartiennent-elles généralement ? »

(Dr. Clavien : « *Il y a quelque chose qui se passe, excusez-moi.* » → *Problèmes avec son ordinateur, interruption de l'entretien pendant 2 minutes¹³*).

Emeline : « **Alors, on disait : à quelle tranche d'âge appartiennent généralement les anorexiques ?** »

Dr. Clavien : « Alors, les premières manifestations de la maladie c'est toujours dans la jeunesse. Je vous disais, ça peut même démarrer vers 8 ans [*nouveau problème avec l'ordinateur, battement de quelques secondes*]. La plus grande majorité des gens, enfin la majorité des gens, c'est autour de quatorze ans le pic d'apparition de l'anorexie, 14-15 ans. Le pic d'apparition de la boulimie quant à lui c'est 16-17-18 ans. Voilà, pour dire les choses. »

Emeline : « **Selon vous quel est l'élément déclencheur, comment s'explique le commencement de la maladie ?** »

Dr. Clavien : « Alors, [*hésitation*], les éléments déclencheurs c'est, on va dire pour faire simple, le plus connu, le plus constant c'est un régime ; ça commence presque toujours par un régime. Mais pourquoi une personne se met à faire un régime tellement farouche qu'elle va tomber dans la maladie? Alors là c'est déjà plus subtil parce que des tas de gens font des régimes, on va dire presque trois femmes sur quatre au cours de sa vie va faire au moins une tentative de régime et seulement une sur cent va tomber dans le truc donc on ne peut pas affirmer que ce soit suffisant. Il faut donc faire un régime, ça c'est une cause première, la plus fréquente, associé à une prédisposition qui n'est pas un facteur de déclenchement, mais un facteur de fragilité ou de sensibilité. Et parfois il peut y avoir un déclencheur comme un déménagement, un échec quelconque, une séparation – c'est banal – il peut

¹³ Durant le début de l'interview, le Dr. Clavien a rencontré des problèmes avec son ordinateur. Cela ayant quelque peu modifié la dynamique de l'entretien, nous avons jugé pertinent d'en rendre compte dans la retranscription.

y avoir ça, il peut y avoir des traumatismes même plus graves, mais c'est pas si fréquent, c'est seulement 30% des gens qui ont des déclencheurs traumatiques ; 70% commencent par un régime qui va trop loin. »

Emeline : « Alors, vous avez déjà répondu à la question suivante, mais connaissez-vous l'origine sociale des patientes, et, si oui, pouvez-vous dire – encore une fois c'est très général, une tendance – de quel milieu social sont-elles majoritairement issues ? »

Dr. Clavien : « On a longtemps dit que l'anorexie était surtout dans les catégories sociales favorisées, c'était vrai au début, dans les années 60-70, parce que seules les femmes riches accédaient aux médias et contrôlaient leur alimentation. Aujourd'hui, c'est totalement démocratisé, c'est à dire que toutes les couches sociales sont touchées, il n'y a pas de différence. Pour l'obésité avec hyperphagie boulimique, il y a une tendance nette à toucher les plus défavorisés. Il semblerait que si vous appartenez à un milieu socialement défavorisé, vous avez plus de risque de développer une obésité et donc de l'hyperphagie boulimique associée. Il y a des tas d'explications mais la plus connue c'est que quand on n'a pas les moyens, on se nourrit moins bien et que l'on a plus de risques de surpoids donc de comportements compensatoires. »

Emeline : « Pensez-vous – là aussi vous y avez déjà un petit répondu - que l'on puisse établir un lien entre le milieu social et la maladie, dans quelle mesure ? »

[Nouveaux problèmes d'ordinateur] Dr. Clavien : « Reposez s'il vous plaît votre question. »

Emeline : « Pensez-vous que l'on puisse établir un lien pertinent entre le milieu social des patientes et la maladie ? »

Dr. Clavien : « Non, ça ne l'est plus, ce n'est pas pertinent aujourd'hui de faire cela. On peut le faire dans certains pays en développement ; dans les pays qui sont en train d'adopter un style occidental. Je pense à une partie de l'Afrique du Nord, à certains pays asiatiques, où l'on constate que les troubles alimentaires commencent à apparaître dans les classes favorisées, puis ensuite cela va se démocratiser comme cela s'est passé chez nous il y a quelques 20 ou 30 ans. »

Emeline : « En règle générale, les patientes que vous rencontrez exercent-elles une activité quelle soit scolaire ou professionnelle ? »

[Nouveaux problèmes avec l'ordinateur, « je vous écoute dans un instant »]

Emeline : « Donc voilà, les anorexiques exercent-elles une activité, et, si oui, quelle importance y accordent-elles ? » *[Il ferme l'ordinateur]*

Dr. Clavien : « Au début de la maladie oui, mais quand le trouble est très sévère, cela entraîne souvent une éviction scolaire ou sociale. »

Emeline : « On parle souvent d'une transformation de l'investissement dans ces activités au cours de la maladie, et certains parlent de « sur-investissement » ou d'investissement total dans ce type d'activités, est-ce que... » *[pas le temps de terminer]*

Dr. Clavien : « Oui. Oui, oui, par exemple, il y a un surcroît d'investissement scolaire chez beaucoup d'entre elles. On ne peut pas sur-généraliser mais beaucoup de patientes disent, décrivent, qu'au moment du début du trouble ou juste après, elles ont eu plus de performances scolaires ou professionnelles. On l'explique par deux phénomènes. Le premier c'est qu'il y a une sorte d'exacerbation de leur activité qui est un peu liée au fait de dépenser de l'énergie, d'être hyperactive pour consommer de l'énergie, et deuxièmement, parce que la maladie les coupe très très vite de toutes les autres formes d'activités – sortir, rencontrer des gens, se prélasser, avoir des loisirs agréables, etc. - au profit de l'activité scolaire ou professionnelle qui est sur-investit. Et puis il y a un troisième critère, 80% des personnes souffrant de troubles alimentaires sont perfectionnistes, et quand vous êtes perfectionniste et que vous n'avez plus que ça à faire, vous devenez extrêmement bon à l'école. »

Emeline : « On met souvent en évidence une volonté de transformation de soi qui passe par la mise en place d'un régime de vie assez sévère *[acquiescement]* et notamment centré sur la culture et le travail, qu'en pensez-vous ? »

Dr. Clavien : « L'idée générale là derrière, c'est que le trouble alimentaire reflète le désir de s'améliorer, ça c'est sûr. S'améliorer d'abord physiquement, l'idée – c'est pas très intellectuel hein – c'est « si je suis plus mince, je serais plus jolie et on m'aimera mieux ». Mais comme il y a le souci d'être aimé, apprécié, validé par les autres, c'est pas juste le physique, il peut y avoir les

autres domaines donc être irréprochable, faire les choses bien, être rigoureuse, cette forme d'ascétisme et d'hyper-contrôle de soi que la société valorise volontiers. Donc il y a ça aussi et ça se diffuse à beaucoup d'autres domaines ; la petite fille sage, très rigoureuse et très parfaite est un des modèles. Attention, c'est un des modèles parce qu'il y a aussi la petite peste qui se met à faire n'importe quoi, qui affronte ses parents, qui désobéit, qui fugue et qui consomme des produits. La maladie aura tendance à exacerber, souligner les traits. »

Emeline : « A nouveau, on aborde souvent l'idée de maîtrise parfaite d'elles-mêmes, qu'en pensez-vous ? »

Dr. Clavien : « Oui, pour une partie encore une fois. Il y a ce souci de se contrôler, d'être contrôlant sur soi-même, sur ses instincts et sur ses besoins, ça toutes le professe et les anorexiques restrictives y parviennent, toutes les autres échouent, mais c'est quand même la même maladie. »

Emeline : « Alors, on va aborder un sujet un petit peu différent, le sport. Savez-vous si elles pratiquent généralement un sport, et, si oui, lesquels sont les plus pratiqués ? »

Dr. Clavien : « Alors, il y a des sports qui favorisent le trouble, on peut citer en vrac tous les sports où il faut être léger et puissant, donc l'escalade, la course à pied, le saut en hauteur, enfin tout ce qui nécessite d'être léger y compris l'endurance, donc ça ça favorise les troubles alimentaires. Dans les sports préalables, la danse classique en particulier, plus que moderne, où il faut être très mince, la gymnastique, là où il faut être fin, esthétique, la natation synchronisée, voilà pour citer en vrac. Et puis tous les sports à catégories de poids, c'est à dire qu'il faut faire tel poids, pas plus pas moins, pour être dans telle catégorie, donc la lutte, la boxe, le judo, etc. sont favorisant pour les troubles alimentaires, mais ça c'est favorisant et préalable. Une fois que le trouble s'installe, les jeunes filles qui rentrent dans l'hyperactivité physique comme moyen de contrôler leur poids et de maigrir, elles font en général de la course à pied, on les voit aussi dans les salles de fitness pour dépenser de l'énergie, c'est très fréquent. »

Emeline : « Souvent on évoque le niveau de pratique du sport comme facteur, pour les danseuses notamment, qu'en pensez-vous ? »

Dr. Clavien : « Plus le niveau d'entraînement est élevé, plus le risque de développer un trouble alimentaire est important, et cela va de paire avec le niveau régional, national, international, mondial ; si les gens sont du niveau

international, il y a plus de risques que s'ils sont à un niveau départemental. Pour la danse en particulier, je n'en sais rien, très certainement comme le mannequinat. »

Emeline : « Quelle importance accorde-t-elle à la pratique d'un sport, que recherchent-elles ? »

Dr. Clavien : « Quand c'est un comportement compensatoire, c'est à dire quand c'est « je mange trop » ou « j'aimerais manger moins mais je n'y arrive pas toujours et je veux maigrir », le sport est un comportement compensatoire, un comportement pour maigrir. A ce moment là c'est la principale fonction. Mais si je réponds bien à votre question, c'est aussi quelles sont les autres motivations à faire du sport [**Emeline : exactement**]. On a fait toute une liste, Nadia [je propose Sabrina + note de bas de page, prénom modifié] et moi, la dessus, il y a maigrir, il y a se détresser, il y a passer le temps, il y a sculpter son corps, il y a fuir les contacts... les raisons il y en a dix comme ça, c'est très varié. Plusieurs raisons possibles sont associées, on avait testé tout ça chez les patientes, on avait trouvé une liste de raisons possibles très importante, dont les plus importantes que je vous ai cité. »

Emeline : « On va maintenant aborder le domaine de l'alimentation. Alors, en général, quels sont les aliments privilégiés ? Que symbolisent-ils pour elles, qu'est-ce qu'il y a derrière ? »

Dr. Clavien : « Hum... allez peut-être plus loin dans votre question. »

Emeline : « Sur quels critères sont-ils choisis ? »

Dr. Clavien : « Alors, voilà, là je peux vous répondre parce qu'on a exploré ça. Effectivement les restrictions s'expriment par le choix des aliments autant que par la réduction des quantités ; donc les aliments les moins riches sont privilégiés, ça c'est sûr. Autrement dit, on va éviter les graisses, certains féculents et les sucres. Alors après, chaque aliment peut avoir des valences émotionnelles et c'est ce que l'on appelle « l'orthorexie » ; il existe une proportion non négligeable de personnes suivies pour des troubles alimentaires qui ont en plus des règles d'hygiène alimentaire qui portent plutôt sur le fait que les choses soient bonnes ou non pour la santé. On vous dit dans les médias qu'il ne faut pas manger trop gras, trop sucré et qu'il faut faire du sport donc elles suivent cela sur un mode orthorexique. Il y a donc à la fois « je maigris » mais en même temps « je fais quelque chose de bien

pour ma santé », ça on le retrouve souvent, ce qui est tout à fait paradoxal puisque c'est tout à fait malsain de faire comme ça bien sûr. »

Emeline : « On peut se douter que des aliments gras, sucrés vont susciter peut-être une forme de dégoût, est-ce que vous avez des exemples et quel est le symbole derrière ces aliments, si vous en voyez un ? »

Dr. Clavier : « Alors le dégoût pas tant que ça ; c'est à dire que si vous mangez n'importe quoi mais que vous ne mangez que ça, vous pouvez vous dégoûter de la salade, des haricots verts, des carottes râpées ou du beurre, c'est facile, c'est ce que l'on appelle la satiété spécifique, si on va au-delà, on est écoeuré, c'est dégoûtant, quelque soit l'aliment. Une personne qui se prive d'un aliment c'est rarement parce que cela la dégoûte, on a ça chez certains végétariens souffrant de troubles alimentaires, c'est une forme d'orthorexie, « je ne mange pas de viande parce que ceci, cela », et il y a un vrai dégoût pour la viande. Néanmoins, en général, c'est plutôt « j'en ai horriblement envie, j'adorerais en manger mais je m'en prive et je résiste à mon envie », c'est plutôt ça.

Quant aux symboles j'ai quelques « histoires de chasse » de patientes qui me disent « le lait ça m'évoque le sperme et c'est dégoûtant pour moi » pour donner cet exemple, mais c'est très rare, ou d'autres qui disent « les matières grasses c'est de la saleté pour moi » et quelques patientes qui vous disent « quand je mange tel ou tel aliment, j'ai l'impression de me souiller, de me salir de l'intérieur, c'est immonde », etc. Il y aurait donc une valence morale, une symbolique immorale de certains aliments ou choquantes, mais c'est très peu de gens, très peu. »

Emeline : « Il est vrai que c'était revenu au cours de nos lectures cette association du gras au malsain, au vulgaire, etc. »

Dr. Clavier : « Oui effectivement, mais c'est pas tant que ça. La principale raison est calorique. »

Emeline : « Sauriez-vous nous dire quelle image les anorexiques ont-elles de leur propre corps ? »

Dr. Clavier : « Là encore, si on veut généraliser, la première chose c'est que les patientes anorexiques ont une image négative de leur corps, c'est à dire que sur des échelles d'évaluation de leur corps que l'on fait passer chaque fois quand/qu' une patiente entre dans un programme de soin, on lui demande à travers un petit questionnaire ce qu'elle pense de leur corps, et en

général, il y a une insatisfaction corporelle élevée, « je n'aime pas mon corps ». Si on entre dans le détail, on peut mesurer ça – là encore on le fait chaque fois par des tests de silhouette, je peux vous montrer si vous le voulez comment ça marche [**Emeline : très volontiers oui**] -, elles ont tendance à surévaluer leur poids, c'est une constante (elles sont à 10 ou 15 d'IMC et elles se voient à 22, parfois, 10-15-20 kilos au dessus de leur poids normal et c'est sincère, elles ne racontent pas d'histoires, elles se voient énormes alors qu'elles sont très maigres), donc il y a une image déformée, « j'aime pas mon corps, il est trop gros, et je le vois, je le sens comme trop gros, même si ce n'est pas le cas ». Enfin, si on entre dans le détail, c'est le ventre, les fesses et les cuisses qui sont trop grosses, c'est là que ça se loge ; elles disent rarement « mes seins sont trop gros » ou « mes mains sont trop grosses » ou « mon nez est trop gros », c'est la ceinture abdominale pelvienne, c'est là que ça se passe. »

Emeline : « Alors, bon, je sors un petit peu du questionnaire, mais il est vrai que cela nous intéressait ; est-ce que c'est lié à cette image véhiculée dans les médias, est-ce que cette idée de « je suis trop grosse » est liée à cette exposition médiatique...? »

Dr. Clavien : « J'en suis certain, pour moi, c'est le facteur essentiel. Il y a deux raisons de penser cela. La première c'est que quand on interroge les gens et qu'on leur montre des images de femmes minces dans un magazine, et qu'on leur demande avant et après avoir regardé le magazine comment elles se trouvent, jolies ou pas, eh bien, en regardant pendant cinq minutes un magazine, elles se trouvent moches ; les médias ont donc un puissant effet mesurable rapidement. Et puis, il y a une autre raison de penser cela, c'est que l'anorexie et la boulimie se sont développées de façon quasi épidémique depuis les années 1960, c'est à dire depuis la médiatisation des images dans la télé, les revues qui ont décuplées. Avant une revue c'était du texte, et maintenant il y a des images surtout, et les images représentent beaucoup de femmes très minces ; donc ça c'est sûr, il y a une relation étroite entre les médias, la médiatisation du corps des femmes et l'éclosion des troubles alimentaires, ça j'en suis certain. »

Emeline : « Quels vêtements privilégient-elles en général ? »

Dr. Clavien : « Il n'y a pas de règle, on voit de tout, des personnes qui s'habillent de façon très ample, d'autres de façon banale, ou très moulante, des personnes qui cachent leur corps, d'autres qui l'expose, il y en a qui sont

négligentes par rapport à leur corps, qui s'en foute complètement, et d'autres qui sont hyper-fardées, pomponnées. Je n'ai pas de règle la dessus. Ce qu'il faut en conclure je crois, c'est que c'est pas spécifique de l'anorexie ou de la boulimie, c'est pas très utile dans le diagnostic ni dans la thérapie et que c'est peut-être tout simplement pas à prendre en compte, moi je crois plutôt ça parce que l'on voit de tout. Par contre il y a une anosognosie vous savez donc ça peut expliquer que certaines femmes d'une très grande maigreur se montrent volontiers en maillot de bain sur la plage en pensant que tout va bien, elles ne voient même pas que les gens sont horrifiés, elles ne le voient pas, ne le sentent pas, ne le perçoivent pas, ni font pas attention. »

Emeline : « Oui, c'est peut-être lié au fait que quand elles se voient, elles ne se voient pas grosses... »

Dr. Clavien : « Tout à fait, moi je me souviens d'une patiente qui le disait elle-même. L'été juste avant son hospitalisation, alors qu'elle était à un indice 14 de masse corporelle, donc d'une maigreur absolument effrayante, elle était assez fière de se pavaner sur la plage disait-elle parce qu'elle montrait une minceur que les autres n'avaient pas. Puis, elle a été hospitalisée et l'on a fait un travail vidéo avec elle, on lui a montré les images et là, elle a pris peur après coup, elle s'est dit « ah mais quelle horreur c'est ça que j'ai montré aux gens », elle en a pris conscience avec le recul. »

Emeline : « Alors, on arrive à la fin. J'ai bien compris qu'on ne pouvait rien généraliser, mais d'une manière générale accordent-elles beaucoup d'importance au regard d'autrui et dans quelle mesure? En quoi est-il est important ? »

Dr. Clavien : « Alors on a démontré ça, c'est scientifique, les jeunes filles souffrant de troubles alimentaires sont plus souvent que la moyenne attentives au jugement des autres. Elles placent plus facilement leur valeur personnelle dans le jugement des autres, et elles pensent – c'est le deuxième étage – que l'« on peut penser du mal ou du bien de moi selon que je suis plus ou moins jolie ». Et si une personne, une jeune fille est tentée de penser que sa valeur dépend du jugement des autres, et que c'est son corps et son aspect physique qui prime dans le regard des autres, alors le risque de développer un trouble alimentaire est considérablement plus élevé, voilà ce que l'on a démontré. »

Emeline : « Pour finir, quelle image tentent-elles de renvoyer à votre avis ? »

Dr. Clavien : « Moi je pars toujours de la clinique et de ce que disent les gens, même si ils se méprennent, c'est important. Les jeunes filles souffrant de troubles alimentaires disent, quand je leur demande « au début vous avez fait un régime pour quoi ? - Parce que je me trouvais trop grosse, j'ai perdu du poids. - Aujourd'hui vous être mince, ou maigre, est-ce que cela vous convient ? - Non, je continue à me trouver trop grosse. - Est-ce que c'est le jugement des autres qui vous pose un problème aujourd'hui, est-ce que vous craignez le regard des autres ? », elles disent « non, depuis que j'ai maigri, je m'en fou ». C'est ça la particularité, il y a une indifférence affective qui s'installe et quelque part c'est ce qu'elles recherchent et ce qu'elles retrouvent, c'est que « ce que les autres vont penser de moi, maintenant que j'ai maigri cela m'est devenu indifférent, c'est moi, et par rapport à moi ; aujourd'hui mon problème c'est mon estime de moi, et c'est pas d'avoir maigri qui a arrangé ça mais au moins je me détache du jugement des autres et je ne suis plus dans un rapport affectif difficile ». C'est ce qu'apporte l'amaigrissement, ça éteint la relation interpersonnelle émotionnellement, ça aussi ça a été démontré. C'est très intéressant, elles cherchent à plaire aux autres ou à complaire aux attentes des autres, qu'elles croient être celles des autres, en maigrissant, mais en maigrissant elles perdent l'intérêt pour cette question. C'est un joli paradoxe. »

Emeline : « Alors, très bien, merci, on a fini, je pense qu'on a fait le tour. »

Dr. Clavien : « Ah, très bien, alors maintenant c'est à moi de vous poser des questions. Quel poids faites-vous, et quelle taille ? »

Il me montre une série de silhouettes alignées sur son écran d'ordinateur et me demande de désigner l'endroit où je me perçois, quelle silhouette je pense être la plus proche de la mienne puis quelle silhouette me paraît être la plus agréable ainsi que celle qui, selon moi, correspond aux jeunes filles de mon âge.

Il me montre le résultat du test, et il s'avère que je me suis située, comme la plupart des femmes, deux silhouettes au dessus de la mienne. Il m'explique que c'est tout à fait normal chez les femmes, mais que les hommes dévient beaucoup moins quand on les soumet au même test.