

Devenir anorexique

*Muriel Darmon*

# Devenir anorexique

Une approche  
sociologique



***La Découverte / Poche***

9 bis, rue Abel-Hovelacque  
75013 Paris

**Remerciements.** Ce livre est issu d'une thèse de doctorat en sociologie. Que son directeur, François de Singly, qui m'a soutenue tout au long de cette recherche sur un objet atypique, ainsi que les autres membres du jury, Claudine Herzlich, Bernard Lahire, Éric Plaisance et Jean-Manuel de Queiroz, soient ici remerciés pour leurs remarques, leurs conseils et leurs critiques constructives.

Je remercie également tous ceux qui m'ont aidée dans l'écriture de ce livre par leur écoute, leurs encouragements, leurs questions, suggestions ou désaccords. Je voudrais en particulier dire toute ma gratitude à l'égard des lecteurs de la thèse ou du manuscrit : Anne-Marie Arborio, Isabelle Baszanger, Thomas Bénatouïl, Séverine Gojard, Hugues Jallon, Héroïse Kalebka, Bernard Lahire, Frédérique Matonti, Anne Paillet et Delphine Serre.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à tous ceux et toutes celles qui ont accepté, à titre institutionnel ou personnel, de devenir terrain d'enquête, interviewé(e)s et enquêté(e)s, et que le respect de leur anonymat m'empêche de remercier autrement qu'en disant que, sans eux et sans elles, ce travail n'existerait pas.

Cet ouvrage a été précédemment publié en 2003 aux Éditions La Découverte dans la collection « Texte à l'appui/Laboratoire des sciences sociales », dirigée par Bernard Lahire.

**S**i vous désirez être tenu régulièrement informé de nos parutions, il vous suffit de vous abonner gratuitement à notre lettre d'information bimensuelle par courriel, à partir de notre site [www.editionsladecouverte.fr](http://www.editionsladecouverte.fr), où vous retrouverez l'ensemble de notre catalogue.

ISBN 978-2-7071-5375-3

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris). Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est également interdite sans autorisation de l'éditeur.

© Éditions La Découverte, Paris, 2003, 2008

## Introduction

---

On attribue à Wallis Simpson, duchesse de Windsor, la sentence selon laquelle « une femme ne peut jamais être trop riche ou trop maigre ». Cet ouvrage est consacré à des adolescentes qui appliquent au moins une partie de ce dicton à la lettre, et à un diagnostic qui le fait mentir, en établissant que des jeunes filles *peuvent* être trop maigres ou avoir trop maigri. Un livre de plus sur l'anorexie, dira-t-on ? Les publications sur ce thème sont en effet nombreuses. La spécificité de celle-ci est d'émaner d'une discipline dont on pourrait penser qu'elle s'arroge un mandat bien discutable pour enquêter sur l'anorexie : la sociologie. Comment peut-on faire une sociologie de l'anorexie ? A-t-on même le droit, ne serait-ce qu'épistémologique, d'étudier en sociologue un phénomène qui ne relève *a priori* que du psychologique et du pathologique ?

### **Comment peut-on faire une sociologie de l'anorexie ?**

En 1897, É. Durkheim a fondé la sociologie française en appliquant ses règles de la méthode sociologique au suicide, « acte de l'individu qui n'affecte que l'individu », dont « il semble qu'il doive exclusivement dépendre de facteurs individuels et qu'il ressortisse, par conséquent, à la seule psychologie<sup>1</sup> ». Cette stratégie fondatrice s'est perpétuée dans des revendications de la légitimité de l'application du point de vue

---

1. É. DURKHEIM, *Le Suicide. Étude de sociologie*, PUF, Paris, 1995 (1897), p. 8.

sociologique à des domaines perçus comme psychologiques. C'est parfois une métaphore territoriale qui est utilisée, et qui montre bien que la sociologie n'est pas en terrain conquis quand elle tente de s'exercer sur les faits psychologiques, mais en terrain à conquérir. Dans son approche de la psychanalyse par exemple, le sociologue P. Berger parle ainsi d'une chasse gardée qu'il s'agit d'enfreindre : « Les modes sociologiques d'analyse doivent être poussés jusqu'à leurs propres limites internes et non être arrêtés par des limites édictées par une autre discipline. Cette procédure exclut la pratique habituelle des sociologues américains de concéder des domaines d'extraterritorialité aux psychologues à l'intérieur de l'univers du discours sociologique (une politesse qui est, d'ailleurs, rarement rendue par les psychologues). Quels que soient les mérites méthodologiques d'autres disciplines, le sociologue ne peut accepter que le cadre de son travail lui soit imposé par ces dernières. Ainsi, dans divers domaines d'enquête, le sociologue ne peut autoriser le juriste ou le théologien à ériger des "défense d'entrer" sur un territoire qui est, selon les règles de son propre jeu, un terrain de chasse légitime pour lui. En ce qui concerne le phénomène qui nous intéresse ici, le sociologue ne peut concéder au psychologue des droits exclusifs sur le vaste domaine qu'on appelle habituellement psychologique<sup>2</sup>. » En proposant une approche sociologique de l'anorexie, on s'attache à rendre compte d'un objet étranger, *a priori* non justiciable d'une analyse sociologique et extérieur à ses frontières disciplinaires. La posture épistémologique que présuppose cette enquête consiste donc à refuser l'idée d'une territorialisation des disciplines et d'une sorte de « Yalta épistémologique ». Les disciplines scientifiques ne se définissent pas par les objets qu'elles prennent en charge, mais par leur approche et leurs méthodes. Il n'y a donc pas d'objets propres à la sociologie, mais il n'y a pas non plus d'objets qui lui soient interdits, seulement des objets qui lui sont socialement étrangers. Fait « psychologique » – au sens du domaine de fait concerné –, l'anorexie peut cependant être

---

2. P. L. BERGER, « Towards a sociological understanding of psychoanalysis », *Social Research*, vol. 32, n° 1, 1965, p. 32. Pour d'autres mises en œuvre de cette métaphore territoriale à propos des relations entre sociologie et psychologie, voir par exemple le refus des « domaines réservés » par F. DE SINGLY, « Entretien », *Synapse*, n° 138, 1997, p. 21, et l'injonction à ne pas « camper à la périphérie des lieux classiques de la psychologie » chez B. LAHIRE, « De la théorie de l'habitus à une sociologie psychologique », in B. LAHIRE (dir.), *Le Travail sociologique de Pierre Bourdieu*, La Découverte, Paris, 1999, p. 121-122.

justiciable d'une approche autre que psychologique – au sens disciplinaire.

Le caractère « pathologique » de l'anorexie semble toutefois représenter un second obstacle à l'application du point de vue sociologique. Comment la sociologie peut-elle traiter d'un phénomène aussi atypique et extrême ? Là encore, il existe une tradition d'analyse qui s'est attachée à la conquête de ce type d'objet étranger. La sociologie de la déviance considère même le « pathologique » non comme une limitation mais comme une incitation à l'application d'un point de vue sociologique : « Supposer que le comportement que l'on étudie est parfaitement sensé, mais que ce sens nous échappe pour le moment, est en général une bonne alternative sociologique à l'hypothèse [...] de la folie [...]. En termes d'analyse, cela signifie que chaque fois que nous découvrons quelque chose qui nous semble si étrange et si incompréhensible que la seule explication que nous puissions en donner est une version quelconque de "Ils doivent être fous", nous devrions systématiquement suspecter que nous manquons grandement de connaissances sur le comportement que nous étudions. Il vaut mieux supposer que tout cela a un sens et en rechercher la signification<sup>3</sup>. » Ainsi, on peut proposer une approche sociologique de l'anorexie non pas malgré la dimension pathologique mais pour cette raison même. Pour ce faire, on doit *mettre entre parenthèses* la distinction entre le normal et le pathologique comme division essentialiste (il n'appartient pas au sociologue de distinguer le normal et le pathologique comme des caractéristiques intrinsèques des comportements ou des personnes) et la *prendre pour objet* en tant que question d'assignation et d'imputation : il s'agit en effet d'identifier les processus par lesquels des comportements vont être identifiés comme déviants et les chronologies dans lesquelles s'inscrit cet étiquetage.

Au croisement de différentes postures épistémologiques, une sociologie de l'anorexie est donc possible, si elle ne prétend pas livrer la vérité sur une prétendue « anorexie en soi » qui aurait été longtemps occultée par les autres approches. Mais on verra que c'est également une *sociologie* de l'anorexie qui est possible, sans qu'il faille la penser comme une nécessaire

---

3. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, traduction de l'anglais par J. Mailhos, révisée par H. Peretz, La Découverte, Paris, 2002 (1998), p. 58-62.

interdisciplinarité (une « sociopsychologie », une « sociobiologie » ou une « sociopsychanalyse », par exemple).

## Quelle approche sociologique ?

Reste cependant à spécifier l'approche mise en œuvre ici, parmi les différents points de vue sociologiques possibles. Le plus évident, parce qu'il s'inscrit justement dans la perspective ouverte par É. Durkheim, consiste sans doute à construire l'anorexie comme un « fait social » et à suivre les appels médiatiques à la considérer comme tel. Tout lecteur de journaux ou de magazines a en effet aujourd'hui entendu parler de l'anorexie. Ce même lecteur a également eu son attention attirée sur une épidémie des troubles des conduites alimentaires, comme le montrent ces extraits de presse sur la seule année 1998 : « Les troubles alimentaires deviennent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique » [Publicité, *Le Monde des livres*, 5 juin] ; « Autrement dit, à force de valoriser des stéréotypes, notre société finit par fabriquer des malades ! » [« Boulimie, anorexie, tout se joue à l'adolescence », *Le Figaro Magazine*, 28 mars] ; « Cette pathologie n'est pas nouvelle, mais on estime qu'elle est deux à trois fois plus fréquente aujourd'hui qu'il y a une trentaine d'années : 1 % à 2 % des adolescentes [...] présenteraient des formes plus ou moins sévères et compliquées d'anorexie » [*Le Monde*, 2 avril] ; « 3 % à 5 % des adolescentes présentent des désordres du comportement alimentaire vers 13 ou 14 ans » [*Elle*, 15 juin].

Les études épidémiologiques qui constituent la source de ces données médiatiques sont pourtant plus nuancées et mentionnent nombre de difficultés méthodologiques et de biais inhérents au recueil de ce type de données<sup>4</sup>. L'existence d'une épidémie y fait l'objet de débats. Dans les publications épidémiologiques, comme dans les analyses qui en font usage, certains évoquent le « mythe » de l'épidémie d'anorexie mentale, tandis que d'autres concluent qu'il s'agit bien là d'une

---

4. Pour une synthèse des données épidémiologiques, voir par exemple S. LEDOUX, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires », in B. SAMUEL-LAJEUNESSE, Ch. FOULON, *Les Conduites alimentaires*, Masson, Paris, 1994, p. 49-72, et M. FLAMENT, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires », in F. ROUILLON, J.-P. LÉPINE, J.-L. TERRA (éds), *L'Épidémiologie psychiatrique*, J.-P. Goureau, Paris, 1995, p. 211-230.

épidémie, ou au moins d'une augmentation de l'incidence de l'anorexie depuis les années 1970 dans les pays occidentaux. En revanche, certaines données font plus largement consensus : la forte prédominance féminine de l'anorexie mentale, celle de la tranche d'âge 15-24 ans, et l'origine sociale moyenne ou supérieure des anorexiques. Ainsi, par les récurrences et les variations qu'elles décrivent, les statistiques épidémiologiques font apparaître la possibilité d'inscrire l'anorexie dans le domaine des faits sociaux tel qu'il a été défini depuis Durkheim : « Constance quand la société (pays, religion, classe sociale, famille) ne change pas ; variation réglée et définie quand plusieurs grandeurs sociales varient simultanément <sup>5</sup>. » C'est ce que n'ont pas manqué de relever certains travaux sur l'anorexie, qui ont cherché à établir un lien entre épidémie et changement social, donc une relation entre anorexie et société. C'est en effet dans les travaux en sciences sociales (sociologie, anthropologie, histoire sociale) ou dans les approches féministes que l'augmentation de l'incidence de l'anorexie est invoquée avec le plus de conviction, et ce d'autant plus qu'elle y est utilisée comme la preuve de l'inscription historique et sociale de l'anorexie, dont l'incidence augmenterait à mesure que les facteurs culturels et sociaux deviennent plus propices à son développement <sup>6</sup>.

Pour autant, la seule manière d'envisager sociologiquement l'anorexie consiste-t-elle à se situer au niveau de ces récurrences macrosociologiques, en considérant qu'à tous les autres niveaux d'analyse le « psychologique » et le « pathologique » reprennent leurs droits exclusifs ? Justiciable socialement d'une approche psychologique, psychanalytique, biologique, génétique, psychiatrique ou médicale, l'anorexie ne semble alors appeler l'analyse sociologique que sous la forme d'une mise au jour d'éléments socioculturels (place de la femme dans la société, canons historiquement constitués de la beauté féminine, modifications des pratiques alimentaires, etc.) qui ne sauraient jouer qu'un rôle contextuel. Il s'agirait moins d'une approche

---

5. C. BAUDELLOT, R. ESTABLET, *Durkheim et le suicide*, PUF, Paris, 1990 (1984), p. 23.

6. Pour une analyse critique de l'usage des statistiques épidémiologiques de l'anorexie à la fois en médecine et en sciences humaines et sociales, rapporté à l'intérêt qu'ont pu avoir les diverses disciplines à affirmer l'existence d'une épidémie, voir S. VAN'T HOF, M. NICOLSON, « The rise and fall of a fact : the increase in anorexia nervosa », *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, n° 5, 1996, p. 581-608.



que d'un éclairage sociologique qui replacerait la pathologie dans un univers historiquement et socialement construit, où elle existerait en tant que « boîte noire », située mais fermée.

C'est cette boîte noire que l'on a entrepris d'ouvrir en faisant le pari qu'est possible une approche sociologique de l'anorexie *en pratiques* et du point de vue de celles qui s'y engagent, et non de la construction ou de la perception sociales de l'anorexie, une approche de ce qui se passe *pendant* l'anorexie et non une mise en relation d'une pathologie et d'un contexte social conçus comme deux entités distinctes, une approche enfin de ce que les anorexiques *font* et non de ce qu'elles représentent. Dans de nombreux textes de sciences humaines ou sociales en effet, les anorexiques « symbolisent » la modernité ou au contraire une forme médiévale de spiritualité, l'oppression masculine ou la rébellion contre cette oppression, voire les « bases philosophiques de la sociologie (individu/société, nature/culture, esprit/corps) » et les « antinomies de la pensée bourgeoise <sup>7</sup> ». Bien qu'elles trouvent le sens de l'anorexie dans des processus sociaux, ces approches ne s'émancipent pas de la manière dont d'autres disciplines rendent compte de l'anorexie. Comme le souligne fortement G. Deleuze, la mise en symbole est l'exact contraire de l'*analyse* de l'entreprise dans laquelle s'engagent les anorexiques : « [La psychiatrie ou la psychanalyse] rabattent tout sur un code neuro-organique, ou symbolique ("manque, manque..."). Alors surgit l'autre question : pourquoi l'agencement anorexique risque-t-il tant de dérailler, de devenir mortifère ? Quels dangers ne cesse-t-il pas de frôler, et dans lesquels il tombe ? [...] Il faut chercher quels sont les dangers qui surviennent *au milieu* d'une expérimentation réelle, et non pas le manque qui préside à une interprétation préétablie. Les gens sont toujours au milieu d'une entreprise, où rien ne peut être assigné comme originaire. Toujours des choses qui se croisent, jamais des choses qui se réduisent. Une cartographie, jamais une symbolique <sup>8</sup>. »

C'est une telle exigence cartographique qui organise l'ensemble de cet ouvrage. Or, si la sociologie peut ainsi substituer la cartographie à la symbolique, c'est aussi parce qu'elle est une discipline empirique, et le projet d'une analyse

---

7. B. S. TURNER, *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage, Londres, 1996, p. 179-181.

8. G. DELEUZE, C. PARNET, *Dialogues*, Flammarion, Paris, 1996, p. 133.

sociologique de l'anorexie en pratiques n'aurait pu être mené à bien sans la construction d'un dispositif d'enquête adéquat. On a choisi de privilégier l'entretien avec des anorexiques comme méthode principale d'investigation. Un premier corpus d'entretiens a été recueilli à l'hôpital H auprès de patientes ou d'ex-patientes adolescentes hospitalisées pour anorexie<sup>9</sup>. Parallèlement, pour ne pas se limiter à un terrain hospitalier, des entretiens par interconnaissance ont été effectués avec des « anciennes anorexiques », diagnostiquées comme telles par le passé mais n'ayant jamais été hospitalisées. De plus, pour resituer les pratiques anorexiques dans l'espace des pratiques adolescentes, une série d'entretiens présentés comme portant sur les comportements alimentaires a été réalisée auprès de lycéens (et surtout de lycéennes) « non anorexiques » du lycée L. Suite à ce travail de terrain et aux premières analyses des matériaux, l'examen des pratiques scolaires est apparu comme potentiellement pertinent et fécond, et le dernier pan du travail de terrain a été réalisé sur un lieu qui permettait la prise en compte directe de ces dernières. Le corpus principal d'entretiens a en effet été recueilli dans une clinique psychiatrique pour adolescents, la clinique C, qui a pour particularité d'être définie comme un lieu médical et pédagogique : l'enceinte de la clinique comprend des services de soins psychiatriques mais également un véritable lycée. Des séquences d'observation ont été effectuées dans deux des services de cette clinique (le service U de soins intensifs et le service S de soins-études, où les patients sont scolarisés dans le lycée de la clinique), et des entretiens ont été réalisés auprès de patientes anorexiques du service S et des enseignants du lycée de la clinique les ayant eues en cours<sup>10</sup>.

La dynamique d'exposition suivie dans cet ouvrage rend compte de l'élaboration et de la définition progressives et conjointes de l'objet et de l'approche. La première partie en

---

9. À la fois les noms des interviewées et ceux des diverses institutions ont été modifiés pour respecter le principe d'anonymat en sociologie : « Quelqu'un qui ne connaît pas d'avance le lieu et les personnes ne doit pas pouvoir les découvrir, les "retrouver" à l'aide du texte », « La déontologie de l'enquête ethnographique », in S. BEAUD, F. WEBER, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 1997, p. 116-117.

10. Les extraits d'entretiens et de journal de terrain sont cités entre guillemets, et indexés de la façon suivante : [JT] pour le journal de terrain, [H] pour les entretiens réalisés avec des patientes de l'hôpital H, [C] pour le service S de la clinique C, [I] pour les entretiens par interconnaissance, [L] pour le lycée L, [M. ou Mme, suivi d'une initiale] pour les enseignants interrogés.

retrace la construction initiale, en examinant tout particulièrement les effets du choix de l'entrée par le médical : entrée par un diagnostic ayant une histoire, et entrée par l'hôpital comme lieu où les entretiens ont été effectués. Le premier chapitre évoque quelques aspects de la configuration historique et sociale dans laquelle le diagnostic médical d'anorexie est apparu à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et en propose ainsi une première forme d'objectivation par l'histoire. Le deuxième chapitre rend compte de l'inscription médicale du terrain, de ses implications et de ses apports, contribue à construire l'objet et contextualise les corpus d'entretiens recueillis. La deuxième partie s'attache alors à décrire, à partir de ces entretiens, le processus que constitue l'activité anorexique dans sa dimension concrète et temporelle, et à répondre ainsi à la question « que font-elles ? » C'est la notion interactionniste de « carrière » qui est utilisée comme un outil efficace de prise en compte *et* d'objectivation du point de vue de celles qui s'engagent dans l'anorexie. On distingue quatre phases de la carrière anorexique : l'engagement dans une « prise en main », le maintien de l'engagement, le maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance, et la phase de « prise en charge » par l'institution médicale. L'enjeu est ici de montrer comment, pour *devenir anorexique*, il faut *faire* certaines choses, et de mettre en lumière l'existence *d'un travail anorexique de transformation de soi* dont certaines dimensions sont patentes (la transformation corporelle) et d'autres moins évidentes (l'existence d'un domaine scolaire, et plus généralement culturel, dans cette entreprise de transformation). La troisième partie prend ce travail pour point de départ et montre dans quelle mesure il se déploie dans un espace social orienté. Elle considère l'activité anorexique décrite par la deuxième partie comme un ensemble de pratiques et de représentations dont elle établit des conditions sociales de possibilité, qui font intervenir les propriétés sociales de celles qui s'y engagent (tout particulièrement le genre, l'origine sociale et l'âge). Ce faisant, elle fournit une réponse à la question « qui faut-il qu'elles soient pour faire ce qu'elles font ? » Il ne s'agira donc pas dans cette étude de proposer une « étiologie » – au sens médical du terme –, même sociale, de l'anorexie : on ne parlera pas de « causes sociales » ni même de « facteurs sociaux », que ce soit pour leur assigner une place prioritaire ou secondaire. On présentera plutôt, comme on l'a dit, une cartographie inséparablement spatiale et

temporelle, qui articule deux démarches réputées incompatibles en sociologie : l'une en termes de carrière et l'autre en termes de dispositions et d'espace social.

## **À quoi peut servir cette sociologie de l'anorexie ?**

Quel peut être l'intérêt d'une telle approche de l'anorexie <sup>11</sup> ? Comme pour toute étude scientifique, sa fonction est d'abord de proposer une analyse empiriquement fondée d'un phénomène ou de certains de ses aspects. En l'occurrence, on a cherché à décrire le plus précisément possible les pratiques des anorexiques et leur dynamique temporelle et sociale. Mais la fonction scientifique d'une telle enquête ne se définit pas seulement par rapport à son objet. On a déjà dit que cette recherche avait trouvé son point de départ dans un pari épistémologique consistant à montrer que les méthodes et les concepts de la sociologie peuvent s'appliquer à des domaines qui lui sont ordinairement étrangers, en particulier le psychologique et le pathologique. Si le pari est tenu, c'est le pouvoir d'appréhension du réel de cette discipline qui apparaîtra plus grand qu'on ne le croit souvent, y compris parfois chez les sociologues eux-mêmes.

D'autres usages de ce travail sont-ils possibles ? Peut-être s'attend-on à ce que l'on fasse état d'une fonction thérapeutique, au sens propre et quasi médical, ou plus largement au sens où la connaissance des déterminismes sociaux permettrait de s'en libérer. Or, l'approche proposée ici ne prétend pas apporter quelque chose aux traitements de l'anorexie, et on ne prendra pas parti sur des questions thérapeutiques. Il ne s'agit pas non plus, d'un point de vue qui serait plus politique, de « libérer » les anorexiques d'une oppression qui serait celle de la société ou de la médecine. La visée n'est donc ni critique par rapport au point de vue médical ou psychologique, ni clinique : elle est différente. Cette différence n'a-t-elle toutefois qu'un enjeu scientifique et épistémologique, ou peut-elle avoir un intérêt plus large ? On souhaite qu'elle puisse au moins jouer un rôle de mise à distance des discours dominants (c'est-à-dire ayant acquis le monopole de la parole légitime sur cet objet) ou simplement courants sur une réalité qu'ils ne décrivent que

---

11. Pour une présentation et une discussion des diverses fonctions possibles de la sociologie, voir B. LAHIRE (dir.), *À quoi sert la sociologie ?* La Découverte, Paris, 2002.

partiellement. Ce n'est pas rien, aujourd'hui, que de proposer de voir de temps en temps le monde à travers un autre regard que celui des professionnels du psychisme. En suspendant l'impératif de statuer sur ce qui est normal et pathologique, en s'intéressant au « comment » de l'anorexie plutôt qu'à son « pourquoi », en décomposant en pratiques et en étapes un phénomène trop souvent réduit à une nature préexistante, en mettant en lumière les institutions, les interactions, les normes et les dispositions qui structurent une expérience extrême, l'approche sociologique donne les moyens de la comprendre et de la faire comprendre sans dégoût ni fascination, et de prendre conscience de la trame sociale des conduites les plus singulières.

*I*

---

*Partir d'un diagnostic*

---

## Un détour par le XIX<sup>e</sup> siècle : enjeux historiques

Un objet qui a une histoire semble devoir au moins une partie de son existence à des conditions sociales. Dans le cas des maladies mentales, la méthode historique apparaît souvent comme l'outil par excellence d'appropriation de ce type d'objet par les sciences sociales, une réponse pour ainsi dire réflexe à la question « que peuvent dire les sciences sociales sur une maladie mentale ? » Les débats autour de la notion de « construction historique et sociale des maladies », tout en attirant l'attention sur les limites ou les errances possibles de cette problématique<sup>1</sup>, ont contribué à souligner l'apport de la réinscription dans l'histoire : comment l'établissement d'un diagnostic (son invention, sa fabrication ou sa découverte, selon qu'on veut être plus ou moins provocateur) a-t-il été, à un moment donné et dans un lieu donné, *rendu possible* ?

Ce pouvoir d'objectivation de l'histoire est mis à contribution dans ce chapitre. Il est d'autant plus utile que l'enquête présentée ici est partie d'un diagnostic, qu'il est nécessaire de contextualiser en particulier historiquement<sup>2</sup>. De fait, l'histoire

---

1. Voir par exemple C. E. ROSENBERG, J. GOLDEN (éds), *Framing Disease : Studies in Cultural History*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1992, et I. HACKING, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?* La Découverte, Paris, 2001.

2. En définissant la recherche comme portant sur l'« anorexie », et en recueillant les données empiriques à partir de cette catégorie, on a en effet enfreint l'interdit durkheimien de ne pas « prendre pour objet de [...] recherches les groupes de faits tout constitués auxquels correspondent les mots de la langue courante » et l'injonction à leur substituer une définition préalable déterminée par le sociologue (É. DURKHEIM, *Le Suicide. Étude de sociologie*, op. cit., p. 2). C'est la contextualisation des matériaux, par l'historicisation du diagnostic et la prise en compte de l'inscription médicale du terrain

du diagnostic médical d'anorexie a été bien étudiée, aux États-Unis notamment. En plus des travaux consacrés exclusivement à la retracer, presque tous les ouvrages récents en sciences humaines et sociales abordant l'anorexie font une place importante à son histoire. C'est en s'appuyant sur ces travaux – parmi lesquels il faut tout particulièrement citer ceux de l'historienne J. J. Brumberg, qui font actuellement référence<sup>3</sup> – que l'on peut faire apparaître la configuration historique et sociale dans laquelle les premières formulations du diagnostic d'anorexie ont émergé, en France et en Angleterre, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle.

### Maladie et diagnostic : les « saintes anorexiques »

Même lorsqu'ils évoquent des tentatives plus anciennes, ces travaux s'accordent pour situer à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle l'apparition des formulations modernes du diagnostic. Mais c'est sur l'articulation entre cette histoire du diagnostic et celle de la maladie qu'ils divergent. La question de la mise en histoire de l'anorexie est au cœur d'un débat au sein des sciences humaines et sociales elles-mêmes (et non pas seulement de la médecine) : a-t-on affaire à une apparition récente du diagnostic et de la maladie, ou à une découverte diagnostique tardive d'une maladie très ancienne ? C'est autour de la question des « saintes anorexiques » que le débat s'est noué.

Il n'est sans doute pas indépendant des débats internes au champ médical, qui opposent différents recours à l'histoire<sup>4</sup>. Mais il a pris une autonomie certaine dans les sciences humaines et sociales, où des historiens s'affrontent sur l'étiquetage pathologique de certaines pratiques de piété médiévales et posent la question de l'ancienneté de la maladie « anorexie ».

---

(chapitre 2), qui se substitue ici à la définition préalable dans la procédure de construction d'objet.

3. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa*, Harvard University Press, Cambridge, 1988 [les pages indiquées par la suite sont celles de l'édition de poche, Penguin, 1989].

4. Les rappels historiques sont nombreux dans les publications médicales ou psychologiques sur l'anorexie. Pour une analyse de ces « usages de l'histoire » (l'histoire pouvant paradoxalement servir à déshistoriciser et essentialiser l'anorexie, ainsi qu'à réfuter des interprétations concurrentes de la maladie), voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse de doctorat de sociologie, Paris-V, 2001, p. 121-127.



Les saintes médiévales étaient-elles des anorexiques ? Autrement dit, la *maladie* a-t-elle existé avant le *diagnostic* ? « Dans l'Europe médiévale, en particulier entre 1200 et 1500, beaucoup de femmes refusèrent de se nourrir et le jeûne prolongé était considéré comme un miracle féminin. Les chroniques et hagiographies de l'époque racontent l'histoire de nombreuses saintes qui ne mangeaient presque rien ou prétendaient être incapables de manger un repas normal [...]. Les femmes réputées pour vivre sans rien manger – c'est-à-dire rien d'autre que l'eucharistie – furent particulièrement nombreuses du XIII<sup>e</sup> au XV<sup>e</sup> siècles [...]. À partir du XVII<sup>e</sup> et du XVIII<sup>e</sup> siècles toutefois, le rationalisme médical commença à se pencher sur l'abstinence alimentaire si courante parmi les femmes du haut Moyen Âge. Les médecins la nommèrent *inedia prodigiosa* et *anorexia mirabilis* (perte miraculeuse d'appétit). Certains médecins et certains historiens affirment aujourd'hui que l'*anorexia mirabilis* et l'anorexie mentale sont en fait une seule et même chose<sup>5</sup>. »

Deux auteurs se distinguent dans le débat qui oppose les tenants de la rupture entre *anorexia mirabilis* et anorexie mentale à ceux de la continuité. Dans *Holy Anorexia*, l'historien R. Bell utilise rétrospectivement des théories psychologiques modernes pour expliquer les cas de jeûne médiéval, et parle d'une « analogie » entre les jeûneuses médiévales et modernes : les saintes médiévales auraient eu des « comportements anorexiques » (*anorexic behavior patterns*)<sup>6</sup>. Même si R. Bell n'affirme pas l'équivalence entre anorexiques modernes et saintes médiévales – il les qualifie de « saintes anorexiques » –, il en fait deux « analogues », psychologiquement motivés par une même recherche d'identité et d'autonomie dans des sociétés qui oppriment les femmes : « En ce sens, conclut-il, la réponse anorexique est éternelle<sup>7</sup>. » Pour la médiéviste C. Bynum en revanche, le renoncement à la nourriture prend sens dans un système plus large de pratiques religieuses, ce qu'oublient les auteurs modernes qui donnent au jeûne une place prépondérante<sup>8</sup>. Le rapprochement avec l'anorexie mentale est donc un contresens historique, et l'usage du diagnostic rétrospectif une

5. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 41-42.

6. R. M. BELL, *Holy Anorexia*, University of Chicago Press, Chicago, 1985.

7. *Ibid.*, p. 56.

8. C. W. BYNUM, « Fast, feast, and flesh : The religious significance of food to medieval women », *Representations*, n° 11, 1985, p. 1-25.

erreur. Il n'est même pas possible selon elle de parler d'un même comportement de jeûne qui serait vu différemment d'une époque à l'autre (comme un acte de piété au Moyen Âge et une maladie au <sup>xx</sup><sup>e</sup> siècle) : « Au Moyen Âge, on ne considérerait pas tout refus de manger comme un "jeûne", c'est-à-dire comme de l'ascétisme, et toute abstinence prolongée comme miraculeuse<sup>9</sup>. »

Il existe donc, dans ce débat, une opposition entre les « continuistes<sup>10</sup> » (il y a une forme de continuité entre l'anorexie religieuse médiévale et l'anorexie mentale moderne) et les « discontinuistes » (cela n'a pas de sens d'appliquer un diagnostic moderne sur des pratiques médiévales)<sup>11</sup>, pour reprendre les termes de la sociologue australienne C. Garrett<sup>12</sup>. Il semble que la position discontinuiste soit majoritaire en sciences sociales, alors que la position continuiste est plus visible dans les ouvrages de médecine et de psychologie. La discontinuité est revendiquée au nom des principes de la méthodologie historique, et notamment des problèmes posés par l'usage rétrospectif d'un diagnostic, mais aussi de la volonté de ne pas trop vite postuler l'existence d'un éternel féminin : « Le présupposé implicite [du texte de R. Bell] est que la psychologie féminine ne change pas et que le passé et le présent sont identiques<sup>13</sup>. » Pour ces deux raisons, on peut donc suivre les historiens sociaux de la discontinuité et faire coïncider comme eux l'histoire de la maladie et celle du diagnostic.

Sous cet angle, l'anorexie apparaît alors comme l'une de ces « maladies mentales transitoires » analysées par I. Hacking, qui apparaissent « à un endroit et à une époque donnés », avant de disparaître ou de « réapparaître de temps à autre<sup>14</sup> ». Si l'on

---

9. C. W. BYNUM, *Holy Feast and Holy Fast. The Religious Significance of Food to Medieval Women*, University of California Press, Berkeley, 1987, p. 195.

10. Par exemple R. M. BELL, *Holy Anorexia*, *op. cit.*, et C. G. BANKS « "Culture" in culture-bound syndromes : the case of anorexia nervosa », *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 8, 1992, p. 867-884.

11. C. W. BYNUM, *Holy Feast and Holy Fast*, *op. cit.* ; J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, *op. cit.*, pour les travaux qui concernent explicitement l'histoire du diagnostic, mais aussi par exemple J. HEPWORTH, *The Social Construction of Anorexia Nervosa*, Sage, Londres, 1999, et M. MACSWEEN, *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*, Routledge, Londres, 1993.

12. C. GARRETT, *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998, p. 112-116.

13. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, *op. cit.*, p. 43.

14. I. HACKING, *Les Fous voyageurs*, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, 2002, p. 9.

emploie les termes proposés par I. Hacking, on peut faire l'hypothèse qu'une première « niche », « abri stable » ou « habitat », pour le diagnostic médical d'anorexie se constitue à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en France et en Angleterre – niche qui se déliterait au début du XX<sup>e</sup> siècle pour se reconstituer, avec des modifications, à partir des années 1960<sup>15</sup>. Sa mise au jour implique alors de se pencher sur les éléments divers qui la constituent, parmi lesquels on privilégiera les taxinomies médicales et la façon dont le diagnostic a pu s'y inscrire, les conditions de possibilité du repérage des pratiques qu'il recouvre, et la reconfiguration, contemporaine des premières formulations diagnostiques, des représentations du corps féminin.

### **L'inscription du diagnostic dans les taxinomies médicales**

Deux processus distincts ont abouti à l'apparition de l'anorexie dans les taxinomies médicales : les pratiques de jeûne ont été intégrées dans la sphère de compétence médicale, et le jeûne a été reconnu non comme un symptôme parmi d'autres de certaines maladies (notamment organiques) mais comme une entité diagnostique à part entière (cas de l'Angleterre), ou comme un groupe symptomatique autonome rattaché à l'hystérie (cas de la France).

Aux jeûnes miraculeux du XIII<sup>e</sup> au XVI<sup>e</sup> siècles succèdent des cas plus problématiques pour les observateurs de l'époque. À partir du XVII<sup>e</sup> siècle en effet, les jeûneuses font l'objet d'une lutte de classement entre prêtres et médecins : qui est en droit de rendre compte de leurs pratiques ? De fait, au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, les cas d'abstinence prolongée sont de plus en plus rattachés à des causes organiques et considérés comme le symptôme d'une maladie plus que comme un signe d'intervention surnaturelle ; la perte d'appétit et le jeûne sont alors progressivement incorporés, non sans mal, dans la sphère médicale<sup>16</sup>. Enfin, dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, ce « long passage de la sainteté à la maladie<sup>17</sup> » oppose à nouveau, de

---

15. Pour une présentation et une application détaillées de la théorie de I. Hacking à l'anorexie, voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse citée, chapitre 1.

16. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., chapitre 2.

17. *Ibid.*, p. 60.

manière très visible, prêtres et médecins autour des *fasting girls* de l'ère victorienne. Le terme, utilisé à l'époque tant par les Anglais que par les Américains, sert à désigner des cas d'abstinence alimentaire prolongée sans s'avancer sur le caractère religieux ou médical de ce jeûne (*fasting*). Dans un cas, celui de Sarah Jacob, la jeûneuse est même « expérimentalement tuée<sup>18</sup> », suite à l'organisation d'une surveillance médicale visant à vérifier les prétentions de la jeune fille, qui déclarait ne plus se nourrir : la surveillance est suffisamment efficace pour que la jeûneuse meure au dixième jour de l'observation.

Ces faits divers, largement rendus publics hors du cercle médical, offrent à la médecine de l'époque l'occasion de transformer le refus de nourriture d'un acte religieux en symptôme de maladie et de s'approprier ces jeûneuses. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les comportements de jeûne sont donc inscrits dans la sphère de compétence médicale. Laïcisation de la lecture des comportements, professionnalisation de la médecine à travers la médicalisation de ces mêmes comportements : les deux processus à l'œuvre ici sont bien évidemment loin de se limiter aux seuls comportements de jeûne féminin<sup>19</sup>.

Parallèlement, et suite à l'intégration des pratiques de jeûne dans la sphère de compétence médicale, l'anorexie passe, dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, du statut de symptôme de diverses maladies, notamment organiques, à celui d'entité diagnostique ou symptomatique<sup>20</sup>. En 1873, le médecin français Lasègue publie un article intitulé « De l'anorexie hystérique ». Cette même année, le médecin anglais Gull présente à un congrès de la Clinical Society un texte publié peu après sous le titre « Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica) ». Tous deux décrivent des cas de jeunes filles de bonnes familles qui restreignent leur alimentation et maigrissent, parfois jusqu'à l'émaciation, tout en conservant, voire en augmentant, leurs déplacements et activités physiques, sans qu'il semble y avoir de causes physiques à un état qui doit donc être considéré, au moins pour partie, comme « nerveux » ou « mental ». Ces deux textes sont traditionnellement définis

---

18. *Ibid.*, p. 67.

19. Sur le processus de médicalisation, notamment dans le cas des troubles mentaux féminins, voir par exemple N. TOMES, « Historical perspectives on women and mental illnesses », in R. D. APPLE (dir.), *Women, Health, and Medicine in America, A Historical Handbook*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1990, p. 143-171.

20. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, *op. cit.*, p. 101-102.

comme les premières formes du diagnostic médical d'anorexie, tout comme leurs deux auteurs sont décrits comme les pères fondateurs, découvreurs ou inventeurs de ce diagnostic<sup>21</sup>. Anorexie « nerveuse » ou « hystérique », c'est dans cette controverse que s'inscrivent les débuts du diagnostic médical d'anorexie.

On ne rentrera pas ici dans le détail des deux formulations diagnostiques, par ailleurs bien documentées<sup>22</sup>. On se contentera de souligner que, comme le montre I. Hacking à propos des « maladies mentales transitoires », ces diagnostics vont à la fois s'inscrire dans les taxinomies médicales existantes – sans entraîner de « révolution scientifique » au sens de Kuhn – et constituer des objets de discussions, voire de controverses au sein de la communauté médicale<sup>23</sup>. La formulation de Lasègue prend place dans la recherche des multiples manifestations de l'hystérie ; celle de Gull correspond aux efforts effectués par les médecins spécialistes (*consultants*) pour faire de la différenciation diagnostique la pierre de touche de la compétence médicale<sup>24</sup>. Le diagnostic suscite alors un débat intéressant pour les médecins, dans la mesure où il constitue un des fronts secondaires de la controverse sur l'hystérie. Cette controverse n'oppose pas l'Angleterre nerveuse à la France hystérique, mais se joue au sein de chacun des deux pays entre partisans et opposants du diagnostic national principal : en France, le rattachement de l'anorexie hystérique à l'hystérie est remis en cause par Charcot lui-même ou certains de ses élèves ; en Angleterre, l'opposition de Gull aux théories de l'hystérie est débattue au sein même de la médecine anglaise, et des praticiens qui utilisent le terme forgé par Gull peuvent néanmoins considérer l'anorexie nerveuse comme une variante d'un comportement

---

21. Il y a bien évidemment, sur ce point également, désaccord entre les publications. Certains chercheurs (notamment ceux qui rapprochent ou assimilent *anorexia mirabilis* et anorexie mentale) font remonter le diagnostic à une description de 1694 faite par le médecin Richard Morton. Pour une réfutation de cette position, voir par exemple J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 44, et M. MACSWEEN, *Anorexic Bodies*, op. cit., chapitre 1.

22. Sur cette question, voir par exemple J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., chap. 4, W. VANDEREYCKEN, R. VAN DETH, *From Fasting Saints to Anorexic Girls. The History of Self-Starvation*, New York University Press, New York, 1994, chap. 8, et E. SHORTER, « The first great increase in anorexia nervosa », *Journal of Social History*, n° 21, 1987.

23. I. HACKING, *Les Fous voyageurs*, op. cit., p. 87 et p. 181.

24. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 111-112.

hystérique<sup>25</sup>. Ce débat se rejoue d'ailleurs aujourd'hui (mais pas exactement avec les mêmes enjeux) dans la place accordée, dans les publications sur l'anorexie, à l'un ou l'autre des deux pères fondateurs du diagnostic : à qui attribuer la « véritable » découverte du diagnostic, la plus grande finesse ou la plus grande « modernité » dans sa formulation ? Si l'invocation des traditions pourrait paraître avant tout s'expliquer par leur inscription nationale (une tradition anglaise puis nord-américaine opposée à une tradition française), il faut cependant la replacer dans l'espace actuel des discours savants sur l'anorexie. L'approche médicale de Gull est centrée sur l'examen des symptômes de l'*anorexia nervosa* (émaciation extrême, perte d'appétit, arrêt des règles et activité importante...). Celle de Lasègue, plus psychologique, fait une place importante à la description et à l'étude clinique des « stades » ou des « phases » que traversent la patiente et son entourage. L'invocation de l'un ou de l'autre des pères fondateurs dépend ainsi surtout des orientations théoriques des invocateurs.

### Sous le regard de la médecine et de la famille

Ces premières formulations du diagnostic médical d'anorexie ont en commun de définir un recrutement très précis : des jeunes filles (entre 16 et 23 ans pour Gull, entre 15 et 20 ans pour Lasègue) appartenant aux classes moyennes et supérieures<sup>26</sup>. Or, c'est aussi dans ces familles que se met en place à l'époque tout un dispositif d'observation du corps et des pratiques alimentaires féminines et adolescentes, dispositif qui constitue un deuxième ensemble de conditions historiques et sociales de possibilité d'établissement du diagnostic. En effet, pour que des pratiques puissent être étiquetées comme déviantes, il faut avant tout qu'elles soient *repérables*<sup>27</sup>.

---

25. Sur ces différents points, voir E. SHORTER, « The first great increase in anorexia nervosa », art. cit., p. 72, W. VANDEREYCKEN, R. VAN DETH, *From Fasting Saints to Anorexic Girls*, op. cit., p. 166-169, J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 149.

26. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 113 et p. 313, n. 33, E. SHORTER, « The first great increase in anorexia nervosa », art. cit., p. 69.

27. Dans le cas de la « fugue » comme maladie mentale transitoire, I. Hacking analyse ainsi comment le repérage de la maladie supposait un « système de surveillance et de détection » des déplacements sur le territoire français et hors de France (I. HACKING, *Les Fous voyageurs*, op. cit., p. 181-182 et chap. 3). De même, l'invention de l'« illet-

De manière générale, au XIX<sup>e</sup> siècle, l'observation de tous les comportements adolescents bourgeois augmente avec les transformations de la forme familiale et notamment celle de la place de l'enfant. Se développe en particulier un réseau d'observation des pratiques alimentaires féminines qui place les comportements de restriction des jeunes filles sous le double regard de la médecine et de la famille.

Tout d'abord, la médicalisation des conduites féminines, qui se poursuit, est accentuée à la fin du siècle par les intérêts politiques qu'elle peut servir, comme le montre J. Goldstein dans le cas du diagnostic médical d'hystérie : « La popularisation du diagnostic d'hystérie et des états "nerveux" qui lui sont liés servait aussi la cause anticléricale [...]. Elle aidait à briser le lien traditionnel entre les femmes et les prêtres, que les républicains français du XIX<sup>e</sup> siècle avaient toujours trouvé si odieux, et à le remplacer par une dépendance à la profession médicale. "Il faut que la femme appartienne à la Science, ou qu'elle appartienne à l'Église", avait averti Jules Ferry dans un discours de 1870. Ferry argumentait en faveur de l'instruction publique séculière pour les filles, qui purgerait leurs esprits des dogmes et des superstitions, tout en garantissant qu'elles élèveraient ensuite des bataillons de petits républicains. Mais une autre façon de faire appartenir les femmes à la science était de les habituer à penser leurs troubles émotionnels comme des états morbides relevant de la compétence du médecin, et non comme des faiblesses morales ou des crises spirituelles requérant l'avis du prêtre<sup>28</sup>. » On peut alors parler d'une véritable incitation politique à la mise sous observation médicale des jeunes filles : « Le républicain anticléric Jules Simon tenta même de faire avancer les choses en publiant un guide de l'éducation des filles à l'usage des mères. Il y soulignait l'importance d'un suivi médical constant (en évitant les "charlatans") et la vulnérabilité des jeunes filles aux "*malaises nerveux*"<sup>29</sup>. »

---

trisme » repose sur le chômage et son traitement pédagogique comme conditions de visibilité des difficultés avec l'écrit : « Les lieux de formation et de reconversion, les lieux d'insertion sociale et professionnelle vont donc constituer dans les années soixante-dix de véritables *observatoires* des difficultés à l'égard de l'écrit des fractions les moins scolarisées de la population », B. LAHIRE, *L'invention de l'« illettrisme »*. *Rhétorique publique, éthique et stigmates*, La Découverte, Paris, 1999, p. 85.

28. J. GOLDSTEIN, *Consoler et classer : l'essor de la psychiatrie française*, Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1997, p. 473-474.

29. J. GOLDSTEIN, *Consoler et classer*, op. cit., p. 474-475.

Placée ainsi sous le regard médical, « la femme du XIX<sup>e</sup> siècle est une éternelle malade [...] ». Outre la grossesse et l'accouchement, la puberté et la ménopause constituent aussi désormais des épreuves plus ou moins dangereuses<sup>30</sup> ». Les jeunes filles sont ainsi très sujettes à la phthisie (qui frappe deux fois plus les filles que les garçons) et à la tuberculose<sup>31</sup>. Elles sont également censées fréquemment souffrir de désordres gastriques, « à cause de la sensibilité plus grande de l'appareil digestif féminin<sup>32</sup> ». L'anorexie hystérique ou nerveuse n'est donc qu'un désordre alimentaire parmi d'autres, comme la chlorose ou la dyspepsie. Les maladies adolescentes et féminines de l'alimentation amènent les parents bourgeois, sous conduite médicale, à observer de près les pratiques alimentaires de leurs filles. La chlorose est même considérée comme une étape normale du développement de la jeune fille, qui doit entraîner un contrôle constant de son régime alimentaire<sup>33</sup>. Enfin, les parents sont d'autant plus invités à exercer cette surveillance que l'enjeu du déchiffrement des pratiques alimentaires est loin d'être seulement physique : « Entre 1850 et 1900, les parents de jeunes filles étaient avant tout mis en garde quant à l'apparition d'idiosyncrasies, d'irrégularités, ou de caprices étranges de l'appétit parce qu'ils représentaient des signes précurseurs de maladie et des indices d'un caractère moral douteux<sup>34</sup>. » Ainsi, le regard parental s'éduque et se focalise sur des pratiques alimentaires qui deviennent autant de signes à interpréter.

L'observation médicale et rationnelle du corps, son évaluation à l'aide de critères chiffrés commencent aussi à s'installer, même si c'est de manière plus lente<sup>35</sup>. La puériculture naissante à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle institue, certes avec difficulté, la nécessité du pesage des enfants et de la tenue d'une courbe de poids comme « indice du développement de l'enfant<sup>36</sup> ».

---

30. Y. KNIBIEHLER, « Corps et cœurs », in G. DUBY, M. PERROT (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, Plon, Paris, 1991, t. IV, p. 359.

31. Y. KNIBIEHLER, « Corps et cœurs », art. cit., p. 359.

32. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 174.

33. J. J. BRUMBERG, « Chlorotic girls, 1870-1920 : a historical perspective on female adolescence », *Child Development*, n° 53, 1982, p. 1471.

34. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 174.

35. Aux États-Unis, c'est entre 1900 et 1920 que les médecins et les compagnies d'assurances commencent à utiliser les tables du « poids normal », que les balances privées se multiplient, et que les tailles standardisées des vêtements en prêt-à-porter sont introduites, voir J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 231-238.

36. Voir C. ROLLET-ECHALIER, *La Politique à l'égard de la petite enfance sous la III<sup>e</sup> République*, PUF-INED, Paris, 1990, notamment p. 196-197.



L'introduction de l'enseignement ménager et de l'économie domestique dans les programmes de l'enseignement féminin dès 1880<sup>37</sup> contribue également à mettre en place un réseau d'observation familiale du corps de l'enfant orchestré par la médecine et dont la mère de famille est l'instrument principal : « Les spécialistes de l'économie domestiques et de la nutrition de l'époque [le début du XX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis] indiquaient aux maîtresses de maison des classes moyennes que le défaut aussi bien que l'excès de poids résultaient d'une incapacité à bien préparer et consommer la nourriture [...]. L'épouse et mère était clairement rendue responsable de la minceur ou de la grosseur des membres de la famille [...]. La corpulence devenait l'objet d'une rationalisation, d'un contrôle et d'interventions<sup>38</sup>. » L'observation et l'évaluation chiffrée du corps deviennent donc possibles à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et sont promues par les nouvelles normes familiales qui s'institutionnalisent peu à peu.

## **La redistribution des cartes du maigre**

La mise en place de ce dispositif d'observation se double enfin d'une reconfiguration des représentations des corps, et notamment des corps féminins. On peut en effet faire l'hypothèse qu'émerge, à partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, une nouvelle distribution des cartes du maigre dans l'espace social des corps, le jeûne et la maigreur passant du statut de stigmates de la pauvreté à celui d'attributs de l'excellence sociale féminine.

Il est tout d'abord possible de repérer, à cette époque, une apologie romantique du jeûne et de la maigreur, voire d'un certain nombre de maladies : « [Le romantisme s'est traduit], entre autres manifestations, par un culte immodéré du teint blafard, spectral, à reflets jaunâtres, bleuâtres, verdâtres, douloureuse mais prestigieuse expression du feu intérieur, de la destinée vaincue, de la maladie et de la mort proche. Phtisie, étiisie, chlorose se portaient bien [...]. L'air languide, l'air penché, l'air poitrinaire, l'air "intéressant", savamment cultivés, affirmaient une image de soi, indiquaient une personnalité, exprimaient une

---

37. L. BOLTANSKI, *Prime Éducation et morale de classe*, Éditions de l'EHESS, Paris, 1984 (1969), p. 23-26.

38. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, *op. cit.*, p. 236.

individualité détachée de la réalité extérieure [...]. Se montrer immatériel et mourant, séraphique et diaphane exige d'abord un régime de vie. Les dernières luronnes qu'avait produites l'Empire, gaillardes et massives tétonnières, fortes sur le propos et l'embonpoint, se dépêchèrent alors de souffrir, de boire du vinaigre, de manger des citrons, de jeûner, de veiller, de se dévorer en passions tragiques pour revêtir enfin l'aspect livide d'un cadavre [...]. On a pu se donner [...] aux beaux jours du romantisme, l'air immatériel et vaporeux, cette manière de pâlir, de mincir, de se creuser les joues, la poitrine et les flancs, en se conformant au rituel gastrophobique d'alors, en se mettant au vinaigre et à l'eau, en mordillant du bout des dents des feuilles de roses et des fruits acides [...] pour être alanguie, exsangue, mourante<sup>39</sup>. » La danse se joint au roman pour mettre en scène cet idéal du corps romantique : « Le romantisme rêve d'une femme immatérielle, et les ballerines de l'Opéra la figurent avec talent. L'invention d'une nouvelle technique, les "pointes", élance leur silhouette et permet des envols d'une légèreté aérienne. Des ballets tels que la Sylphide (1832) ou Giselle (1841) arrachent pour un temps la femme à sa pesanteur charnelle. Les héroïnes de roman sont graciles, délicates. Leur visage, miroir de l'âme, exprime des orages intérieurs. Les souffrances du moi romantique s'y traduisent en une pâleur languide, qui se porte si possible avec des cheveux noirs, des yeux cernés, et un nuage de poudre de riz<sup>40</sup>. »

Si ce modèle corporel s'atténue en France à partir des années 1850, il ne disparaît cependant ni totalement, ni définitivement<sup>41</sup>. À l'échelle du XIX<sup>e</sup> siècle, le corps romantique a donc sans doute constitué un tournant, et non une parenthèse : « Dans la bonne société, le tournant [de l'idéal de minceur] est pris à

---

39. Ph. PERROT, *Le Travail des apparences. Le corps féminin, XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles*, Seuil, Paris, 1984, p. 143-144, p. 187. J. J. Brumberg évoque pareillement, pour l'Angleterre, une « mode » féminine de « la maladie et de la débilité physique » et la séduction reconnue aux chlorotiques (*Fasting Girls*, op. cit., p. 171, « Chlorotic girls », art. cit., p. 1472). E. Showalter rapproche également *anorexia nervosa* et idéal féminin victorien : *The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*, Pantheon Books, New York, 1985, p. 128-129.

40. Y. KNIBIEHLER, « Corps et cœurs », art. cit., p. 353.

41. Sur l'atténuation de ce modèle, voir par exemple Ph. PERROT, *Le Travail des apparences*, op. cit., p. 187. Toutefois, ce dernier cite également les propos, alarmés et alarmistes, tenus à la fin du siècle dans *Fécondité* par Zola. Ils témoignent sinon de la pérennité du modèle, du moins de sa résurgence : « L'idéal de beauté varie. Vous la mettez dans la stérilité de la femme aux formes longues et grêles, aux flancs rétrécis... » (cité p. 196).

l'époque romantique, lorsque "la pâleur, la fragilité et la minceur devinrent à la mode"<sup>42</sup>. » Cette apologie de la restriction alimentaire et du corps qui l'accompagne n'est toutefois pas seulement une mode romantique. Elle manifeste l'inscription du contrôle alimentaire et de la minceur dans une topologie sociale qui engage à la fois la classe et le genre.

Les manières de table et l'abondance des aliments sont depuis longtemps une pierre de touche du statut social. Mais c'est à l'époque non plus l'abondance, mais bien la modération qui devient signe de distinction : « Le problème de la maîtrise individuelle de l'appétit est d'abord apparu dans la haute société, dans laquelle on peut en déceler des signes évidents dès le XVIII<sup>e</sup> siècle. Au fur et à mesure que les vivres étaient produits en plus grandes quantités, et de manière plus régulière pour un plus grand nombre de gens, la haute société ne pouvait guère se distinguer des classes immédiatement inférieures simplement par les quantités consommées ; elle en vint à se différencier plus par le raffinement des aliments que par leur quantité. La vertu de la modération s'exprima de plus en plus chez les gastronomes bourgeois du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>43</sup>. » C'est ainsi, selon J. J. Brumberg, la prise de distance pratique et symbolique à l'égard de la nourriture qui devient à cette époque un enjeu distinctif fort pour les femmes, et tout particulièrement pour les femmes des classes moyennes aisées dont le statut social peut être incertain : « La littérature de conseil exhortait les femmes [de classe moyenne] "à ne pas avoir honte des fourneaux", mais nombreuses étaient celles qui cherchaient néanmoins à se tenir éloignées de la nourriture et des femmes des classes populaires qu'elles engageaient pour faire la cuisine<sup>44</sup>. » La nourriture devient donc potentiellement vulgaire, dans sa nature comme dans son rapprochement avec les classes populaires. Elle l'est tout particulièrement pour les femmes : « Une dame

---

42. S. MENNELL, *Français et Anglais à table du Moyen Âge à nos jours*, Flammarion, Paris, 1987, p. 60.

43. S. MENNELL, « Les connexions sociogénétiques entre l'alimentation et l'organisation du temps », in M. AYMARD, C. GRIGNON, F. SABBAN (dir.), *Le Temps de manger. Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Éditions de la MSH/INRA, Paris, 1993, p. 51. Dans « The government of the body : medical regimens and the rationalization of diet », *British Journal of Sociology*, vol. 33, n° 2, 1982, B. S. Turner analyse la contribution au « gouvernement des corps » des prescriptions diététiques restrictives de George Cheney, énoncées au XVIII<sup>e</sup> siècle, dont il montre qu'elles sont dirigées vers les classes intellectuelles moyennes et supérieures.

44. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 179. Le reste de ce paragraphe s'inspire de J. J. Brumberg, p. 179-182.

(a lady) ne devrait jamais être vue en train de manger », comme le dit un dicton anglais de l'époque. Les excès alimentaires féminins sont qualifiés de « gloutonnerie » et se soldent par une « laideur » qui met en péril les chances de la jeune fille sur le marché matrimonial. La viande, en particulier, aliment masculin susceptible d'entraîner des passions incontrôlables et d'accélérer la maturation corporelle et sexuelle, est à proscrire du régime des jeunes filles, qui souffrent de toute façon, selon la médecine de l'époque, d'un système digestif délicat qui ne saurait supporter un aliment aussi riche. L'aliment impossible pour les classes populaires du fait de son prix est justement l'aliment interdit aux jeunes filles des familles bourgeoises qui y ont matériellement accès. Plus généralement, une femme de la bonne société n'a jamais faim (« Avoir faim, [...] c'est commettre un impair »), et diverses stratégies sont élaborées pour ne pas être vue en train de manger – on peut ici rappeler cette scène d'*Autant en emporte le vent* où la nourrice de Scarlett la force à manger avant une garden-party pour qu'elle n'y succombe pas à l'attrait de la nourriture, ce que le corset qu'elle lui lace en même temps rend de toute façon impossible. Le contrôle et la restriction alimentaires deviennent donc l'apanage des femmes des milieux aisés, et la dérision, voire le mépris social guettent les contrevenantes.

Une même combinaison des enjeux de classe et de genre s'observe si l'on se penche non plus sur l'alimentation mais sur le corps lui-même et les jugements qui sont portés sur lui<sup>45</sup>. La minceur, voire la maigreur du corps féminin deviennent le signe d'un statut social auparavant porté par les attributs opposés. L'étude qu'en fait en 1899 T. Veblen dans la *Théorie de la classe de loisir* est doublement précieuse, dans la mesure où il apparaît à la fois comme un observateur de cette redistribution des cartes du maigre et comme un théoricien de ce processus.

---

45. Selon L. Chevalier, l'inscription corporelle des jugements sociaux était déjà particulièrement forte dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle : « Les jugements que les groupes portent les uns sur les autres concernent des caractères physiques [...]. Il est impossible de comprendre la violence des luttes sociales à Paris pendant ces années, si l'on ne reconnaît leurs fondements physiques et plus précisément encore morphologiques. C'est dans leurs corps que les groupes se considèrent, se jugent et s'affrontent [...]. Jamais, peut-être, les caractères physiques des individus et des groupes n'ont été aussi fortement désignés qu'en ces années de tourmente sociale : utilisés comme des armes, par la bourgeoisie comme par le peuple », *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle*, Plon, Paris, 1958, p. 519 et p. 525.

Veblen évoque le modèle romantique de la damoiselle médiévale et affirme sa profonde affinité avec les modèles du corps féminin dans la « classe de loisir » européenne à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : « Dans les sociétés qui en sont au stade économique où la classe dominante évalue les femmes en fonction de leur service, il est plus ou moins de règle que la beauté idéale soit une femme robuste aux membres développés [...]. Ce modèle change par la suite, quand la fonction de l'épouse, dans la classe supérieure, se réduit au loisir par délégation. L'idéal comporte alors les caractéristiques qui sont supposées provenir ou s'accommoder de la vie de loisir uniformément imposée [...]. Selon l'image classique, les dames de haut lignage sont à jamais sous tutelle, et scrupuleusement exemptées de tout travail utile. En conséquence, l'idéal chevaleresque ou romantique [...] veut la tournure élancée, et surtout la taille fine. Dans les images des femmes peintes à cette époque [au Moyen Âge], dans les présentations que l'on doit aux imitateurs modernes de la pensée et du sentiment chevaleresques, la taille est amincie à tel point que l'on soupçonne une extrême débilité. Le même idéal survit dans les sociétés industrielles modernes [...]. Des rémanences de cet idéal romantique et mignard se présentent spontanément dans les classes aisées des pays d'Europe continentale [...] [:] la femme maladivement délicate, diaphane et dangereusement mince<sup>46</sup>. » Si la femme, dans les classes supérieures, doit être ainsi « dangereusement mince », c'est qu'il faut qu'elle puisse mettre en scène et offrir aux regards la différence même qui oppose classe de loisir et classe travailleuse. Femme-objet certes, mais objet de distinction : « On a noté qu'aux stades où le loisir ostensible fait beaucoup pour la réputation, l'idéal exige des mains délicates, des pieds minuscules et une taille fine. Ces traits [...] montrent que la personne ainsi tournée est incapable d'effort utile et que son propriétaire doit l'entretenir dans l'oisiveté. Inutile et coûteuse, elle est précieuse en conséquence et témoigne d'une puissance pécuniaire<sup>47</sup>. » Hommes et femmes intériorisent donc les contraintes de leur position sociale, sous forme de nouvelles catégories de jugements de goût, volonté de transformation de soi selon le goût de l'époque pour les unes, apprentissage des effets séduisants d'un corps maigre pour les autres : « Il en résulte qu'à ce stade culturel les

---

46. T. VEBLEN, *Théorie de la classe de loisir*, Gallimard, Paris, 1970 (1899), p. 96-97.

47. T. VEBLEN, *Théorie de la classe de loisir*, op. cit., p. 97.

femmes prennent soin de modifier leur personne pour se conformer le plus possible au goût de l'époque ; guidés par la règle de décence pécuniaire, les hommes sont séduits par des particularités pathologiques obtenues artificiellement. C'est ainsi que les sociétés occidentales ont connu la vogue universelle et persistante de la taille étranglée, et la Chine celle des pieds déformés<sup>48</sup>. »

Enfin, l'inscription sociale de ces catégories de jugement esthétique se manifeste également dans les nouvelles oppositions qu'elles construisent. De même que l'imposition de la restriction alimentaire constitue en contre-modèle la gloutonnerie populaire, le nouveau corps légitime cantonne la rondeur et la bonne santé aux « doudons » à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle en France : « Être une “doudon”, voilà le repoussoir : “cela ne se dit que d'une fille du commun”, et cela signifie une personne grosse et grasse, et de taille un peu ramassée », constate le marquis de Caraccioli<sup>49</sup>. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, un discours récurrent vient même dénoncer la corpulence et les grosses cuisses des prostituées, stigmates de leur métier et de leur appartenance aux classes les plus viles de la société. La fille publique est « gourmande », voire « vorace », et son « embonpoint » est mis en avant dès 1836 et inlassablement repris tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>50</sup>. À la fin du siècle, le « portrait de la prostituée » comprend ainsi une caractéristique centrale : « L'embonpoint, résultat d'une taille inférieure et d'un poids supérieur à ceux des femmes honnêtes ; les prostituées ont, en moyenne, des cuisses plus grosses que ces dernières<sup>51</sup>. » L'apologie de la restriction alimentaire et de la maigreur s'inscrit ainsi à la fois dans l'espace des consommations alimentaires et dans celui des corps. La redistribution des attributs de l'excellence et de la vulgarité féminines qui est à l'œuvre au XIX<sup>e</sup> siècle dessine une configuration dont, comme on le verra plus loin (chapitre 8), on retrouve bien des aspects aujourd'hui.

Bien que rapide, ce détour par le XIX<sup>e</sup> siècle a donc permis d'identifier plusieurs dimensions historiques et sociales de l'anorexie : la question du diagnostic comme enjeu de débats

---

48. *Ibid.*, p. 97-98.

49. Ph. PERROT, *Le Travail des apparences*, op. cit., p. 68.

50. A. CORBIN, *Les Filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX<sup>e</sup> siècle*, Flammarion, Paris, 1982 (1978), p. 21, p. 23-24.

51. A. CORBIN, *Les Filles de noce*, op. cit., p. 442.

entre des orientations médicales différentes et comme moment de la carrière anorexique, celle du lien entre instruments de mesure, observabilité des conduites et étiquetage déviant, et enfin celle du positionnement des pratiques anorexiques dans l'espace social des corps et des jugements sur le corps. Ces questions vont réapparaître tout au long de cet ouvrage, mais devront cependant être reformulées, en raison, évidemment, de la centaine d'années qui séparent la période qui vient d'être évoquée du travail de terrain effectué, dont on va maintenant présenter les caractéristiques principales. Mais, en changeant d'époque et de matériau, on quittera aussi une approche principalement contextuelle au profit d'une approche par les pratiques, qui travaille l'anorexie au plus près de son contenu et du point de vue de celles qui s'y engagent.

---

## Une entrée par l'hôpital : enjeux méthodologiques

Le choix qui a été fait de partir d'un diagnostic et de réunir des corpus d'entretiens à l'hôpital inscrit doublement le recueil des matériaux de cette enquête dans un univers médical. Déplorer cette inscription médicale du terrain n'aurait pas de sens : elle constitue de fait l'outil central de construction de l'objet et de l'entreprise consistant à appliquer l'approche sociologique à un domaine où elle semble exclue. Ce chapitre a pour objectif de prendre la mesure méthodologique de cette inscription médicale du terrain, de ses implications ainsi que des usages qui en ont été faits dans la construction de l'objet. Quatre questions sont particulièrement cruciales dans cette présentation des terrains de l'enquête : la sélection et la délimitation des corpus d'entretiens à partir d'un diagnostic, la situation d'enquête et d'entretien à l'hôpital, le modelage médical des discours tenus dans les entretiens effectués, et pour finir, bien qu'elle ait été chronologiquement première, la question de la négociation de l'entrée sur le terrain médical d'une sociologie et des modalités de son acceptation ou de son refus.

### **Construire les corpus d'entretiens**

Méthodologiquement parlant, le diagnostic médical d'anorexie a constitué un outil de recrutement, c'est-à-dire la catégorie à partir de laquelle j'ai contacté et trouvé des personnes volontaires pour réaliser des entretiens. L'inscription hospitalière des terrains de l'enquête faisait intervenir une double



sélection médicale. Tout d'abord, celle qui provenait du diagnostic lui-même : qui avait été, dans tel service, diagnostiqué comme anorexique ? De plus, un deuxième type de sélection médicale intervenait au sein du groupe de patientes diagnostiquées comme anorexiques : auprès de qui allait-on me permettre d'aller solliciter un entretien ? Je n'ai en effet pas eu accès à toutes les patientes anorexiques dans les services. À l'hôpital H, j'ai été orientée vers des patientes qui n'étaient pas (ou plus) nourries par sonde gastrique ; à la clinique C, je n'ai pas obtenu l'autorisation de demander un entretien à deux patientes qui « n'allaient pas bien en ce moment ». Je n'ai bien sûr jamais cherché à contourner ces directives visant à protéger ces patientes. En revanche, ma marge de manœuvre par rapport à cette sélection diagnostique et médicale se situait en amont de l'entrée sur le terrain, dans le choix des services où négocier une entrée pour l'enquête. J'ai ainsi cherché à faire varier les types de services. Les deux corpus principaux d'entretiens ont été constitués dans des services d'orientation thérapeutique différente et selon une variation fort pertinente pour entrer dans les positionnements théoriques et thérapeutiques sur l'anorexie. En effet, l'hôpital H s'inscrit dans ce que l'on pourrait qualifier très rapidement – et en n'ayant pas peur de la tautologie – de « psychiatrie psychiatrique », là où la clinique C appartient au pôle de la psychiatrie d'orientation psychanalytique. Dès lors, on a pu ainsi construire une variation importante, à prendre en compte dans l'analyse des entretiens recueillis dans ces lieux différents, et dont on fera objet par la suite.

### *Le diagnostic à l'hôpital H*

Qui était « anorexique » à l'hôpital H ? La délimitation de mon corpus mettait en jeu les classifications diagnostiques psychiatriques. Elle faisait de plus apparaître la façon dont les services se classent eux-mêmes en classant, pour paraphraser une expression de P. Bourdieu <sup>1</sup>, en utilisant tel instrument de classification diagnostique, en refusant d'employer tel autre. L'usage de la classification psychiatrique américaine qu'est le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) constitue un critère central de ce point de vue.

---

1. P. BOURDIEU, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

Tout au long de l'enquête à l'hôpital H, le diagnostic d'anorexie mentale du DSM a eu pour moi un statut évident : c'était « la » classification à partir de laquelle étaient classées et diagnostiquées les anorexiques que j'interrogeais. En arrivant dans le service de l'hôpital H, les premiers entretiens informels avec la psychiatre qui m'avait accueillie ont en effet porté sur la question du classement de l'anorexie et des critères diagnostiques utilisés dans le service. Tout à fait explicitement, l'usage de la classification du DSM était rapporté à la place du service dans l'espace des positions psychiatriques : « La caractéristique du service, c'est d'être plutôt "biologique", "psychiatrique", pas psychanalytique [...]. Nous, on utilise le DSM. Il y a plein de services où on ne classe pas » [psychiatre, hôpital H]. De fait, le manuel du DSM était présent et très visible dans le bureau où elle me recevait. Les dossiers médicaux portaient systématiquement le code de l'anorexie dans le DSM et je suis devenue peu à peu familière avec le « 307.10 » du diagnostic d'anorexie mentale, et avec les différents critères diagnostiques qui sont codés par des lettres. Le « DSM III-R », qui était la version alors utilisée dans le service et à laquelle je me suis référée, donne les critères diagnostiques suivants pour l'anorexie mentale<sup>2</sup> :

### **Critères diagnostiques de l'anorexie mentale 307.10 (DSM III-R)**

A. Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par exemple perte de poids visant à maintenir un poids corporel de 15 % inférieur à la normale ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 15 % de la normale.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Perturbation de l'estimation de son poids corporel, de sa taille ou de ses formes, par exemple la personne dit « se sentir grosse » même quand elle est très amaigrie, croit que certaines parties de son corps sont trop grosses alors même qu'elle est, à l'évidence, trop maigre.

D. Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs attendus (aménorrhée primaire ou secondaire) ;

---

2. American Psychiatric Association, *DSM III R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Washington DC, 1987, traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1989, p. 74.

(une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones, par exemple œstrogéniques).

C'est donc à partir de cette classification qu'étaient diagnostiquées les patientes à l'hôpital H. Le DSM est élaboré par l'Association américaine de psychiatrie pour établir un diagnostic psychiatrique sur les patients ou personnes qui consultent<sup>3</sup>. Cinq versions successives en ont été publiées : le DSM-I, en 1952, le DSM-II, en 1968, le DSM-III, en 1980, le DSM-III-R (*revised*) en 1987, et le DSM IV en 1994. Les introductions des DSM-III, DSM-III-R et DSM-IV avancent, comme caractéristiques de cette classification, son aspect « descriptif » (les définitions des troubles se limitent généralement à la description des caractéristiques cliniques) et « athéorique » : le manuel doit pouvoir être utilisé par des cliniciens d'orientation théorique différente et les critères étiologiques ne sont donc plus mobilisés pour définir les troubles. Ainsi, le terme de « névrose » (à connotation étiologique psychanalytique) est supprimé de la classification dès le DSM-III<sup>4</sup>. Entre 1980 et 1994, cette classification tout comme le diagnostic d'anorexie mentale ont connu des évolutions importantes. Sans qu'il soit possible ici de rentrer dans le détail, on peut en indiquer deux aspects : l'autonomisation de la catégorie des « troubles des conduites alimentaires » autour du couple anorexie mentale/boulimie, et l'importance croissante des critères corporels (notamment la question du « poids ») et biologiques dans la caractérisation du diagnostic d'anorexie mentale<sup>5</sup>.

---

3. Pour une présentation des DSM, ainsi que des analyses de l'élaboration des DSM et des enjeux de l'évolution des diverses versions, voir par exemple S. A. KIRK, H. KUTCHINS, *Making Us Crazy. DSM : the Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, The Free Press, New York, 1997, et, des mêmes auteurs, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998 (1992) ; A. YOUNG, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, 1995 ; A. EHRENBURG, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998 ; A. EHRENBURG, A. M. LOVELL (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

4. Plus exactement, il n'est conservé, dans un premier temps, que dans un sens descriptif : voir par exemple sur ce point A. EHRENBURG, *La Fatigue d'être soi*, op. cit., p. 170.

5. Selon A. Young, c'est plus largement tout le DSM-IV qui s'est « biologisé » en suggérant une conception plus unifiée et plus biologique des troubles mentaux : *The Harmony of Illusions*, op. cit., p. 287-290.

Le rapport entre les diagnostics médicaux d'anorexie et de boulimie représente une composante importante et clivante des définitions diagnostiques de l'anorexie, une deuxième manière de se classer en classant. En arrivant sur le terrain, je présentais mon travail comme une approche sociologique de l'anorexie. À l'hôpital H, cette formulation n'a pas posé de problème, dans la mesure où elle rencontrait une distinction claire entre les diagnostics d'anorexie mentale et de boulimie : « Vous ne voulez travailler que sur l'anorexie ? Oui, c'est possible. Aujourd'hui, de plus en plus, on différencie les deux [anorexie mentale et boulimie] médicalement » [psychiatre, hôpital H]. Or cette distinction entre les diagnostics d'anorexie mentale et de boulimie représente la position actuelle du DSM. Le DSM-IV rapproche de fait les deux diagnostics en construisant autour d'eux la section des « troubles des conduites alimentaires », mais ce rapprochement s'accompagne de la réinstauration d'une distinction diagnostique nette entre eux par rapport à la version antérieure, opérée à partir du critère du poids : « On portait dans le DSM-III-R à la fois les diagnostics de boulimie et d'anorexie mentale si les problèmes d'image du corps et d'amaigrissement des patients étaient également accompagnés par des vomissements ou la prise de purgatifs [...]. [Dans le DSM-IV] le diagnostic est soit anorexie mentale, type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, si le poids du patient est nettement trop faible, soit boulimie si le poids est normal ou excessif<sup>6</sup>. »

Usage du DSM et affirmation d'une distinction claire entre anorexie et boulimie vont donc ensemble pour caractériser la position de l'hôpital H sur le diagnostic médical d'anorexie. Or, sur ces deux points, il n'en va pas de même à la clinique C.

### *Le diagnostic à la clinique C*

L'observation de l'usage du DSM à l'hôpital H, jointe au fait que, dans certains des ouvrages de synthèse que je consultais, le DSM était présenté comme la classification de référence pour les « troubles mentaux » – expression qui est elle-même celle que le DSM institue face à celle de « maladie mentale » –, m'avait conduit à oublier quelque peu ce que m'avait dit la

---

6. A. FRANCES, R. ROSS, *DSM IV. Cas cliniques*, Masson, Paris, 1997 (1996), p. 215-216.

psychiatre rencontrée à l'hôpital H quant à la « caractéristique » que constituait l'usage du DSM et qui était liée à l'orientation « psychiatrique » du service. De ce fait, lors des premiers temps de mon deuxième travail de terrain à la clinique C, c'est-à-dire d'abord dans le service U, je me suis mise à chercher non pas le DSM, mais au moins des explicitations et codages comparables, que je n'ai alors pas trouvés.

L'explication des positionnements différents de ces deux services sur la question du diagnostic est simple : la clinique C s'inscrit dans une psychiatrie d'orientation psychanalytique qui prend explicitement ses distances à l'égard de cet instrument<sup>7</sup>. Le DSM se signale donc par son absence dans les services observés de la clinique C, au point que je n'ai pas une seule fois entendu son nom. Mais il s'agit néanmoins d'une absence relative : les codes DSM apparaissent dans les échanges avec d'autres institutions hospitalières (dans les lettres échangées entre équipes médicales pour présenter des patients qui circulent, par exemple), et une version abrégée du DSM lui-même est tout de même présente dans la bibliothèque du chef du service S – de manière discrète cependant. L'opposition de posture entre le service de l'hôpital H et la clinique C s'inscrit donc dans une opposition plus large entre « psychiatrie » et « psychanalyse », dont le DSM et son usage représentent un des enjeux de lutte principaux.

Plus généralement, le refus du code DSM peut s'inscrire dans une attitude explicite de refus du classement. On peut repérer en creux cette question dans les précautions prises par la psychiatre de l'hôpital H : « Le problème du classement, c'est que, d'une part, ça a des effets, ça enferme les malades dans la maladie... Mais d'autre part le classement est parfois nécessaire quand on présente l'hôpital, dans un but scientifique ou pour obtenir des budgets » [JT]. Cette mise en avant du « problème du classement » peut être vue comme prenant sens dans une interaction avec une étudiante en sociologie, discipline connue pour avoir participé au mouvement antipsychiatrique ou pour dénoncer les

---

7. Pour un exemple de critique psychanalytique du DSM dans le cas des troubles des conduites alimentaires, voir M. CORCOS, Ph. JEAMMET, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires : réflexions critiques », *Confrontations psychiatriques*, n° 35, 1993, p. 312-315. Sur l'analyse en sciences sociales des luttes entre différents segments de la communauté psychiatrique américaine autour du DSM, voir A. YOUNG, *The Harmony of Illusions*, *op. cit.*, p. 99-101, ainsi que A. EHRENBURG, *La Fatigue d'être soi.*, *op. cit.*, p. 162-172, et A. EHRENBURG, A. M. LOVELL (dir.), *La Maladie mentale en mutation*, *op. cit.*, notamment p. 9-39 et p. 101-126.

effets des étiquettes. Mais elle s'inscrit plus probablement dans une opposition interne à la psychiatrie de l'adolescent, qui recoupe encore une fois l'opposition entre l'hôpital H et la clinique C. En effet, après avoir compris sur le terrain l'enjeu que pouvait représenter l'usage des instruments de classification, j'ai néanmoins continué à poser ouvertement la question de la discrétion des classements diagnostiques dans le service de soins intensifs, en cherchant à obtenir des positionnements explicites : « Je lui [une interne du service U] pose aussi une dernière question sur le diagnostic, lui disant que je m'imaginais qu'il y aurait sur tous les dossiers le diagnostic écrit en gros sur la couverture... Elle me répond : "Oui, mais là ce sont des adolescents, enfin certains le font mais pas nous, dans la mesure où un adolescent est en mouvement psychique, c'est difficile de le mettre dans une case sans se planter, c'est difficile de lui mettre une étiquette..." » [JT]. On retrouve donc ici, mises en pratiques et revendiquées cette fois, les précautions prises par le médecin de l'hôpital H : l'adolescent est « en mouvement psychique » et le classement est de ce fait toujours une « case », une « étiquette » réductrices.

Mais deux éléments brouillent un peu les pistes de cette opposition. Le premier sera juste évoqué ici – dans la mesure où il exigerait à lui seul une recherche : il s'agit de la dimension nécessairement psychiatrique d'une psychiatrie d'orientation analytique. En pratique, l'opposition que j'ai pu rencontrer était moins celle entre psychiatrie et psychanalyse que celle, pourrait-on dire, entre « psychiatrie psychiatrique » et « psychiatrie psychanalytique ». Le travail du psychiatre, quelle que soit par ailleurs son orientation, comprend l'établissement d'un diagnostic. Ainsi, même à la clinique C, les seuls qui soient en position d'être radicalement critiques par rapport à toute case diagnostique ne sont pas médecins. Ce sont par exemple l'enseignant qui dirige l'établissement scolaire relié à la clinique, ou une stagiaire psychologue qui se présente comme « psychologue analyste ». Ils se situent tous deux à distance des « psychiatres » (pourtant d'orientation analytique) de la clinique (en l'occurrence du service S), qui sont « des médecins », « dont il faudrait que vous observiez les *catégories* dans les dossiers médicaux [...] de ces jeunes filles qui auront le [ton de distance] "diagnostic" d'anorexie » [directeur des études, c'est moi qui souligne], « qui posent des diagnostics genre "schizophrénie machin" alors qu'un psychologue analyste va essayer

de comprendre et peut refuser de faire un diagnostic » [stagiaire psychologue, JT].

Le deuxième élément de brouillage de l'opposition tient au diagnostic d'anorexie lui-même. En effet, même dans le service de soins intensifs de la clinique C, où le diagnostic n'apparaît pas dans le dossier sous une forme explicite, et où cette absence est revendiquée comme un choix du service, on m'a pourtant bien indiqué, à mon arrivée, les patientes « anorexiques » du service. On ne m'a pas dit par exemple qu'il était impossible de répondre à ma demande du fait d'un refus de classer les patients adolescents. Et ce sans qu'il y ait eu de gêne à le faire, sans qu'il s'agisse d'un non-respect de la norme du non-classement : lors de mon premier jour de terrain au service de soins intensifs, par exemple, où durant la réunion du matin (« flash »), la chef de service qui passe en revue les patients me précise qu'« Hélène, c'est une jeune fille anorexique » ; peu après, lorsqu'une infirmière me décrit physiquement les deux patientes anorexiques du service pour que « [je] les reconnaisse, encore que ça se voie, hein ». Toujours le même jour, lorsqu'un infirmier stagiaire demande « combien il y a eu d'anorexiques dans le service cette année » et qu'une infirmière lui répond. Quand, toujours ce premier jour, une infirmière me propose « qu'on centre plus nos discussions sur les anorexiques quand tu es là ».

La facilité avec laquelle le diagnostic d'anorexie circule tient en partie à son caractère d'évidence. Deux jours après mon entrée sur le terrain, alors que je suis avec une infirmière et le cadre infirmier dans le bureau infirmier qui donne sur le service par une large baie vitrée, une jeune fille en préadmission, grande et très maigre, visite le service accompagnée de ses parents. L'infirmière se penche vers le cadre infirmier et lui demande tout bas : « Elle est anorexique, non, la préadmission ? » Il rit franchement et lui répond, d'un ton gentiment ironique : « Vous êtes très perspicace ! » L'infirmière se retourne alors vers moi et me précise donc : « C'est une jeune fille anorexique. » C'est au soir de ce même jour qu'a lieu la discussion avec l'interne du service U évoquée plus haut. Quand elle me dit : « C'est difficile de lui mettre une étiquette », j'enchaîne spontanément : « Oui mais sauf les anorexiques alors ? » et elle me répond : « Oui, c'est ça, parce que là c'est beaucoup plus évident, on sait que ça commence dans l'adolescence, etc., quoi. » C'est donc l'« évidence » qui prime ici sur la volonté de

ne pas classer ; c'est l'évidence qui permet de me désigner les patientes anorexiques du service et qui permet de les compter. Cette évidence peut bien sûr être le résultat du travail diagnostique, des entretiens de préadmissions, des entretiens cliniques, etc. Mais comme on le voit dans la scène où le cadre infirmier plaisante sur la « perspicacité » de l'infirmière, cette évidence est avant tout celle du premier coup d'œil, et donc du corps, du poids et encore plus spécifiquement de la perte de poids – jointe au fait que la jeune fille est une « patiente », et que sa présence est donc définie par le fait qu'il y a un « problème ».

On a dit plus haut que l'évolution des critères diagnostiques du DSM faisait apparaître l'importance croissante des critères du poids et de la perte de poids dans le diagnostic d'anorexie mentale. Or ce sont ces mêmes critères qui jouent de façon pratique dans la circulation d'un diagnostic « évident » d'anorexie dans le service de soins intensifs. Ainsi, la volonté de non-classement rejoint paradoxalement la volonté classificatrice du DSM dans la priorité donnée au poids et à la perte de poids pour, sinon l'établissement (je n'ai jamais observé de procédure formelle de diagnostic d'anorexie, qui sont toujours antérieures à mes observations), du moins la circulation du diagnostic dans le service.

On peut noter dès lors la spécificité du diagnostic d'anorexie dans l'opposition des différents services sur la question du classement : du fait de l'« évidence » du diagnostic, cette opposition intervient apparemment moins que pour d'autres pathologies. Mais l'opposition se rejoue à un autre niveau classificatoire : la relation entre anorexie et troubles alimentaires, et plus spécifiquement le lien entre les diagnostics médicaux d'anorexie et de boulimie.

On peut en effet opposer termes à termes les réactions suscitées par mon annonce d'une approche sociologique de l'« anorexie » dans les deux établissements. À la clinique C, la réaction est d'emblée différente de celle recueillie à l'hôpital H : « Bon, en plus, l'“anorexie”, c'est un peu dur... [...]. Ça n'a pas vraiment de sens, il faut travailler sur les troubles des conduites alimentaires » [psychiatre, service non observé, clinique C, JT] ; « Vous ne devriez pas scinder anorexie et boulimie » [psychiatre, service non observé, clinique C,



JT] <sup>8</sup>. Cette position s'explique par un positionnement psychanalytique qui souligne le « spectre continu » de l'anorexie à la boulimie : « Pour la majorité [des auteurs] semble exister un spectre continu allant des formes d'anorexies restrictives pures jusqu'à la boulimie. Cette évolution est intéressante car elle montre les limites d'une volonté d'individualisation d'entités bien délimitées s'opposant à d'autres par des critères qui les font s'exclure mutuellement <sup>9</sup>. » À nouveau, on peut voir apparaître les liens entre les positionnements par rapport au DSM (c'est ce dernier qui est visé dans la citation précédente) et la conception des relations entre anorexie et boulimie. Le spectre doit en effet être continu, car l'étiologie, que le DSM ne fait pas intervenir, est commune : « Anorexie restrictive pure, anorexie-boulimie, boulimie vomisseuse normopondérale, boulimie à poids élevé renvoient à une problématique centrale de dépendance <sup>10</sup>. »

Le critère de l'usage du DSM et celui de la conception des rapports entre anorexie et boulimie se rejoignent donc dans le positionnement des terrains effectués d'une part du côté d'un pôle de « psychiatrie psychiatrique » (l'hôpital H) et d'autre part du côté d'un pôle de « psychiatrie d'orientation psychanalytique » (la clinique C). La stratégie de diversification des terrains de l'enquête a permis d'installer cette première forme de variation diagnostique au cœur du recueil des données.

## Travailler les situations d'enquête et d'entretien

Les effets de l'inscription médicale des terrains ne se limitent bien sûr pas à l'influence qu'opèrent à la fois le diagnostic et

---

8. Ainsi, la focalisation sur l'anorexie de mon enquête rencontrait le point de vue de l'hôpital H plutôt que celui de la clinique C. J'avais pourtant défini mon projet avant tout contact avec la psychiatrie de l'anorexie. Outre la connaissance commune de l'anorexie, ma seule source d'information, au début de l'enquête, était les médias, où la visibilité de l'anorexie, jusqu'à une date récente, était beaucoup plus forte que celle de la boulimie. C'est donc probablement le point de vue médiatique qui a orienté la formulation de mon projet d'enquête. Il s'agit d'ailleurs d'une spécificité de l'objet travaillé, on va y revenir : la diffusion et la circulation sociales du diagnostic hors du cadre de la psychiatrie sont relativement larges.

9. G. AGMAN, M. CORCOS, Ph. JEAMMET, « Troubles des conduites alimentaires », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-350-A-10, Éditions techniques, Paris, 1994, p. 4.

10. M. CORCOS, Ph. JEAMMET, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires : réflexions critiques », art. cit., p. 315.

les pratiques diagnostiques médicales sur la construction des corpus. L'institution médicale représente également un contexte particulier, et particulièrement prégnant du point de vue de la définition de la situation, pour le recueil des entretiens. C'est cette situation d'enquête qu'il s'agit maintenant de considérer, notamment le fait que ces entretiens (sociologiques) ont été réalisés dans des mondes où l'entretien (clinique) est une méthode thérapeutique en usage. On se concentrera ici sur le travail de terrain effectué à la clinique C, et ce pour deux raisons. D'abord, tout comme on peut parler de luttes de classement à l'intérieur du monde médical, il existe également ce que l'on pourrait nommer des *luttes de traitement*, des oppositions entre options théoriques et thérapeutiques qui se marquent par des conflits plus ou moins explicites entre orientations différentes. Or, dans le cadre de ces luttes, l'entretien clinique est un outil thérapeutique privilégié, et revendiqué comme tel, à la clinique C. De plus, c'est dans cette clinique que les périodes d'observation les plus conséquentes ont été réalisées, ce qui permet de mettre avec précision en rapport, sous le nom de « situation d'enquête », la situation de l'enquêtrice et celle des enquêtées.

### *Des quasi-professionnelles du discours sur soi*

Lorsque je sollicitais auprès des patientes prises en charge à la clinique C un « entretien », on peut faire l'hypothèse que ce terme avait pour elles, dans un premier temps, une résonance médicale ou clinique. L'entretien médical ou infirmier représente l'outil thérapeutique majeur dans le service S, auquel s'ajoutent des entretiens avec une psychologue du service, avec des extérieurs à la clinique dans un but de recherche, ainsi que des entretiens familiaux. L'entretien que je négocie avec les patientes en tant qu'étudiante en sociologie constitue pour elles le énième entretien du jour, de la semaine ou du mois. De ce fait, toutes les patientes sont habituées à parler d'elles et de leur anorexie. Certaines d'entre elles, ayant connu des hospitalisations multiples ou longues, sont même devenues des quasi-professionnelles du discours sur soi.

Si l'on peut employer cette expression, c'est qu'il est possible de montrer que l'entretien clinique constitue une façon de *former* – au double sens de modeler et d'enseigner – le discours

adéquat à tenir sur soi<sup>11</sup>. La forme la plus évidente de cette socialisation à un type particulier de discours sur soi apparaît lorsque le médecin suggère explicitement une interprétation, par exemple en émettant une hypothèse. On peut véritablement parler d'une éducation du discours, dans la mesure où il est manifeste que le médecin enseigne, voire impose une façon particulière de voir les choses, comme dans ces extraits d'entretiens cliniques au service U entre une interne et une patiente anorexique :

Interne : – Vous étiez un peu la « tête de Turc », comme on dit, alors ?

Patientte : – Oui...

Interne : – Mais vous savez, ça vient un peu de vous aussi peut-être, il y a des gens à qui on ne va pas dire ça, ou qui ne le prendront pas comme ça. [JT].

[...]

Interne : – Vous souhaitez que vos parents reviennent ensemble...

Patientte : – Non, non, je sais que c'est impossible...

Interne : – Mais en même temps, même en sachant que c'est impossible, vous pourriez quand même en avoir le désir...

Patientte : – Ben oui c'est sûr... Mais je sais que c'est pas possible.

Interne : – Et vous comprenez aussi que votre maladie a rapproché vos parents ?

Patientte : – Ben oui... [JT] [Lors du debriefing, l'interne dira à l'infirmier qui était présent : « C'est des petites choses, mais c'est important : elle a reconnu qu'elle souhaitait que ses parents se remettent ensemble, qu'elle avait souffert de la séparation »].

L'efficacité de cette éducation du discours apparaît lorsque les interprétations sont reprises par les patients au cours de l'entretien, comme on peut le voir dans le cas de cet entretien familial au service S avec Christine et sa mère :

Médecin : – Mais parfois, il y a des places familiales qui ne sont pas si simples que ça, des choses qui renvoient aux parents, qui

---

11. A. Strauss et son équipe, dans leur analyse des institutions psychiatriques, évoquent le cas de patients qui peuvent en venir à parler « une langue quasi professionnelle » en présentant leur maladie mentale comme un problème psychologique lié à l'histoire personnelle : A. STRAUSS, L. SCHATZMAN, R. BUCHER, D. EHRLICH, M. SABSHIN, *Psychiatric Ideologies and Institutions*, The Free Press of Glencoe, New York, chapitre 12.

sont héritées de génération en génération. On peut avoir le sentiment que la place de chacun est évidente, vous [la mère de la patiente] n'avez pas l'habitude de réfléchir en ces termes-là... Christine est la deuxième...

Mère : – Oui mais de mon côté, et du côté de son père, ils étaient fils unique...

Christine [à sa mère] : – Toi tu es la deuxième quand même...

Médecin : – Oui et puis en un sens, fils unique, ça veut dire que le deuxième est absent...

[...]

Médecin (à Christine) : – Mais ce n'est pas une position qui ressemble à celle de votre père, de tenir envers et contre tout, comme lui ne vient pas ici [en entretien familial] ? Par rapport à son alcoolisme... Un comportement qui remplace la parole... [...]. Est-ce que vous ne croyez pas que vous appelez votre père pour l'amener à constater les dégâts de cette position où on exprime par le comportement ?

Christine : – Je ne sais pas...

Mère : – Moi je dirais que c'est ce que tu fais, pour lui montrer que ça ne marche pas...

Christine : – Mais qui je serais pour faire ça ? Je ne suis pas capable de faire ça...

Médecin : – De toute façon, il y a quelqu'un d'autre pour dire ça à votre père, et c'est votre mère... [JT].

Dans un premier temps, c'est donc Christine qui reprend, suite à une posture critique de sa mère, l'interprétation médicale. Puis, dans un deuxième temps, c'est sa mère qui appuie un autre élément interprétatif médical face à la remarque dubitative de sa fille. On peut alors remarquer que, dans les deux cas, l'éducation des discours effectuée par le médecin se traduit par une intervention explicite et finale dans le dialogue pour renforcer l'interprétation qui a été suggérée.

Toutefois, la socialisation ne s'opère pas seulement dans ces moments d'enseignement explicite<sup>12</sup>. C'est parfois simplement

---

12. Pour une analyse des « programmes d'éducation » (sur le modèle de l'atelier ou de la thérapie de groupe) des patients schizophrènes, voir R. BARRETT, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998 (1996), chapitre 9, qui met en lumière une négociation entre personnel et patients de la définition de la schizophrénie, aboutissant notamment à l'expression par les patients de « descriptions acceptables » cohérentes avec les catégories médicales (p. 278).

une mimique, une posture du corps, ou un silence qui vont montrer soit que le discours est inadéquat, soit qu'il y a plus dans ce qui vient d'être dit que la patiente ne peut ou ne veut pour l'instant le reconnaître. Ceci apparaît par excellence dans les moments où la patiente, déjà socialisée à ce type de discours sur soi, interprète ces signaux du médecin et modifie son discours :

[La patiente explique qu'elle était très critiquée au collège]

Interne : – Critiquée sur quoi ?

Patiente : – Ben sur ma maigreur...

Interne, d'un air de dire « on n'y est pas encore » : – Ah bon...

Du coup, la patiente se reprend et dit qu'elle a réfléchi depuis la dernière fois, et que ses problèmes remontent à plus longtemps qu'elle ne pensait. [JT].

Médecin : – Et à quoi elles sont dues ces crises [de boulimie] ?

Patiente : – Les crises, moi je vois ça, y'a pas que du psy, c'est mon organisme qui se rattrape... [du jeûne précédent]...

Médecin : – Enfin, ça je ne sais pas, parce que vous n'êtes pas esclave de votre organisme quand même...

Patiente : – Non, mais c'est aussi que je me fixe des contraintes, c'est pas l'heure de manger donc je mange pas, et après...

Médecin, d'un ton dubitatif : – Hum... [silence]

Patiente : – Et peut-être aussi que c'est une façon de me punir, de me dégrader... [JT].

Le traitement par la parole implique donc qu'un type particulier de parole soit tenu. Un entretien perçu comme positif, qui montre que le patient « avance », est un entretien où le patient apparaît « sincère », « authentique », où « il ne présente pas qu'une façade », où il exprime sa « souffrance<sup>13</sup> » [JT]. C'est donc aussi un entretien qui manifeste l'intériorisation d'un certain type de discours sur soi, celui le

---

13. Sur l'importance de l'expression de la « souffrance » du patient pour le personnel hospitalier, voir R. BARRETT, *La Traite des fous, op. cit.* : « Les descriptions de souffrance étaient suscitées chez les patients, puis amplifiées par le programme d'éducation [...]. Tout au long du cours, le personnel manifestait son empathie pour ces expressions de souffrance et par là les encourageait et les renforçait [...]. Aux yeux du personnel, les patients devaient fatalement souffrir de leur schizophrénie, parce que la souffrance établissait un canal spécifique pour l'empathie. Alors qu'il était inapproprié pour le personnel d'être en empathie avec des sentiments amoureux envers la maîtresse de Lucifer [...] il lui était possible de diriger son empathie vers le patient souffrant » (p. 280-283).

plus à même, selon les médecins, d'avoir des effets thérapeutiques : « La parole est simultanément une modalité thérapeutique et une preuve du progrès du patient<sup>14</sup>. » La « sincérité » est donc le produit d'un « travail », fait par et avec le patient, à mesure que celui-ci devient prêt à « entendre » ce qui lui est dit ou suggéré. Ce dernier verbe revient constamment dans l'évaluation des patients : un patient qui « est prêt à entendre », ou qui « entend bien » ce qui lui est dit est un patient qui manifeste qu'il est prêt à accepter le point de vue sur lui-même qui lui est suggéré, et qui va le manifester par le type de discours qu'il tient alors sur lui-même ou par des pratiques (« comportements ») appropriées (« adaptés ») à l'institution. Le traitement par la parole se situe donc dans le lien circulaire entre un « entendre » et un « parler », c'est-à-dire consiste en une socialisation à un type particulier de parole sur soi par l'écoute et l'intériorisation de ce que doit être cette parole. L'entretien clinique peut aussi avoir un rôle de propédeutique à une thérapie extérieure, et l'enjeu est donc bien de former le patient à un type de discours fondé sur la prise en compte des effets du passé (notamment familial, voire du passé des parents eux-mêmes) sur le présent, en particulier le présent de la pathologie :

[Interne du service S, lors d'une discussion entre internes à la cantine] : – Je crois que le but dans le service c'est que les patients fassent une thérapie après [JT].

[Médecin chef du service S, commentant en réunion de synthèse l'entretien clinique cité ci-dessus] : – Elle avait un côté assumé quand elle a dit qu'elle voulait coucher avec son père, c'est assez singulier, habituellement ça ne se dit pas... Ils dépotent, les patients, aujourd'hui ! Elle est prise par un travail, c'est bien, elle peut partir, elle n'a plus besoin de l'institution, des murs, tout ça... Quand ils sont pris comme ça, on peut les lâcher [...]. Elle nous a sorti le grand jeu ce matin, toutes les voies par lesquelles on peut parler de la boulimie ou de l'anorexie, la répétition d'une position dégradée, le rapport à la féminité, à la souillure, au sang, à l'accouchement... Elle peut faire un travail thérapeutique de qualité [JT].

---

14. A. YOUNG, *The Harmony of Illusions*, op. cit., p. 185.

### *Le travail de définition d'une situation d'entretien différente*

Cette situation des enquêtées (le caractère structurant de l'entretien clinique et le statut de quasi-professionnelle du discours sur soi qui peut en résulter) a fortement contribué à définir la situation d'enquête dans un univers où l'entretien est une pratique clinique fréquente et un outil thérapeutique qui configure l'expérience et le discours des patientes. Si l'analyse de la situation d'enquête est une étape nécessaire de la démarche sociologique<sup>15</sup>, il m'a semblé que je ne pouvais pas me contenter d'analyser *a posteriori* cette situation et ses effets. Il était en effet nécessaire de *travailler* cette situation pour qu'elle ne se coule pas trop facilement dans la continuité de la socialisation à un type particulier d'entretien qui vient d'être décrite. J'ai donc été conduite à élaborer des stratégies d'enquête visant à inscrire, le plus structurellement possible, l'entretien sociologique dans un contexte différent.

Lors de la négociation de l'entretien, j'insistais à chaque fois sur le fait que je n'appartenais pas à la clinique, que je n'étais ni clinicienne ni psychologue, mais sociologue, et donc qu'il s'agissait d'un type d'entretien différent de ceux que les enquêtées connaissaient. Certes, le poids de ce discours peut sembler faible par rapport à l'inscription pratique de l'entretien dans le cadre de la clinique. Pour le renforcer, j'ai essayé de réserver toutes les activités de recherche nécessitant une présence longue et visible dans le bureau infirmier (par exemple les séquences prolongées d'observation ou la consultation des transmissions infirmières) au moment où la majorité des entretiens avaient déjà été effectués. Le service U, par l'observation duquel j'ai commencé et où je n'ai pas fait d'entretiens, m'a permis de me familiariser avec les catégories et pratiques psychiatriques. J'ai en revanche choisi de ne pas assister aux entretiens cliniques des patientes que j'avais interviewées ou que j'allais interviewer dans le service S, même si cela m'était proposé, préférant assister à ceux effectués avec d'autres patients du service.

C'est également par les conditions de l'entretien que j'ai recherché l'écart à la situation d'entretien clinique. Mon âge et

---

15. Sur l'importance de l'analyse de la relation d'enquête et de la situation d'entretien, voir S. BEAUD, F. WEBER, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, La Découverte, Paris, 1997, p. 255-262.

le fait d'être une fille, s'ils définissent de façon importante la situation d'entretien, ne la distinguent pas des situations d'entretiens cliniques, qui peuvent être menés par des internes de sexe féminin à peu près du même âge. En revanche, alors qu'on m'avait proposé d'utiliser les bureaux servant aux entretiens cliniques, j'ai chaque fois demandé aux patientes si l'entretien pouvait se dérouler dans leur chambre, ce qui a toujours été accepté. Après la négociation, et avant que l'entretien ne commence, je proposais par ailleurs « qu'on se tutoie, parce que bon, la différence d'âge n'est pas énorme, hein ? » différenciant l'entretien des entretiens cliniques où le « vous » est d'usage constant. Il ne s'agit bien sûr pas de prétendre que le tutoiement en lui-même rend possible un discours plus « authentique ». Mais il inscrivait en pratique l'entretien dans une situation différente de la situation médicale. De plus, les variations d'usage du « tu » et du « vous » sont un matériau précieux dans l'analyse des entretiens. Par exemple, le « tu » était beaucoup plus lent à s'installer dans le cas de patientes nouvellement arrivées dans la clinique. Au cours d'un même entretien, une patiente pouvait aussi passer du « vous » au « tu » selon qu'elle reprenait ou non un discours qu'elle avait déjà tenu en entretien clinique.

J'ai pu en outre jouer sur deux caractéristiques spécifiques de la situation d'entretien. Tout d'abord, j'étais seule, alors que les entretiens cliniques ou familiaux se font avec un membre de l'équipe médicale (médecin senior ou interne), un infirmier, parfois un stagiaire psychologue, l'assistante sociale ou la secrétaire du service. La différenciation la plus nette résultait enfin du fait qu'il était clair qu'il s'agissait d'un entretien unique et non d'une série de rencontres : extérieure à la clinique, j'en partirai une fois mon corpus réuni. De ce fait, les assurances que je donnais de ne pas communiquer l'entretien, ou ce qui m'y avait été dit, aux autres interviewées ou aux membres de l'équipe soignante et médicale avaient quelque chance d'être prises au sérieux.

Enfin, lors de la négociation de l'entretien, j'insistais à plusieurs reprises sur le fait que l'entretien allait m'aider « moi, dans mon travail », que cela me serait très utile, « à moi », etc. Cette définition de la situation d'entretien différenciait fortement ce dernier de l'entretien clinique, défini par son utilité pour la patiente elle-même (« La parole fait changer, fait bouger les choses » [psychiatre, entretien familial, JT]). La définition



de l'entretien par son utilité pour l'enquêteur produit en fait la différenciation sans doute la plus nette avec l'entretien clinique, où la parole est définie comme thérapeutique. En ce sens, l'entretien sociologique tel qu'il a été défini pratiquement et tel qu'il sera analysé par la suite se distingue autant qu'il est possible de tout rituel de l'aveu, où l'« instance qui requiert l'aveu, l'impose, l'apprécie [...] intervient pour juger, punir, pardonner, consoler, réconcilier », d'« un rituel où la vérité s'authentifie de l'obstacle et des résistances qu'elle a eu à lever pour se formuler », d'un « rituel enfin où la seule énonciation, indépendamment de ses conséquences externes, produit, chez qui l'articule, des modifications intrinsèques <sup>16</sup> ».

Ce travail de définition de la situation ne s'arrêtait pas après l'énoncé de la consigne (« Est-ce que tu pourrais me parler de ton expérience », « avec l'anorexie », ou « par rapport à l'anorexie » ?) : comme on a pu le voir avec l'exemple du tutoiement-vouvoiement, c'est tout le déroulement de l'entretien qui permettait de définir sa situation. Le fait même d'énoncer une consigne, quelle qu'elle soit, différencie d'ailleurs déjà l'entretien sociologique d'entretiens cliniques dont l'évidence thérapeutique rend toute consigne inutile. Lors de l'entretien, je procédais soit par relances, soit par des questions sur certains thèmes. Ces dernières n'étaient pas obligatoirement différentes de celles posées par un médecin ou un psychologue (sur les comportements alimentaires, l'école, le sport). Toutefois, j'introduisais rarement moi-même des questions sur la famille, encore moins sur les parents <sup>17</sup>. De plus, suivant en cela les conseils méthodologiques de H. Becker, particulièrement pertinents en l'espèce, j'avais beaucoup plus recours comme relance à la question « Comment ? » qu'à la question « Pourquoi <sup>18</sup> ? » pour faire la place la plus large possible au récit des pratiques et des points de vue.

---

16. M. FOUCAULT, *Histoire de la sexualité*. I. *La Volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976, p. 83.

17. Les interviewées n'ont donc pas été spécifiquement interrogées sur les pratiques de leurs parents, et on remarquera également que les parents n'ont pas été intégrés au dispositif d'enquête. Il est vrai que la sociologie s'emploie souvent à faire apparaître l'influence des pratiques et configurations familiales sur les comportements. Dans le cas de l'anorexie cependant, cette influence est fréquemment invoquée, tant dans les discours savants que profanes. Il a donc semblé que l'objectivation sociologique pouvait consister, au moins dans un premier temps, à mettre entre parenthèses cette dimension, pour voir quelle analyse on pouvait faire de l'objet sans la faire intervenir directement.

18. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, Paris, 2002 (1998), p. 105-109.

L'exposé de ces diverses stratégies ne vise en aucun cas à suggérer que, par rapport aux entretiens médicaux, j'étais une enquêtrice plus « neutre », que je permettais un discours « plus libre » ou « plus sincère », « plus authentique » pour reprendre le terme médical. En effet, comme dans toute autre situation sociale, le discours tenu en entretien est construit par la situation dans laquelle il s'inscrit. Mes efforts ont permis de contribuer à définir une situation d'entretien dont l'intérêt tient à son caractère non univoque, non défini exclusivement par son inscription dans un terrain médical. Le matériau ainsi recueilli permet de jouer sur les variations obtenues dans une situation d'enquête qui installe la pluralité des rôles et des discours au sein même de la situation d'entretien : certains discours sont tenus à une « étudiante en psychologie » qui n'appartient pas à la clinique mais dont la discipline de rattachement ne peut être que celle-là, d'autres à quelqu'un qui fait une enquête « comme les journalistes », d'autres à une jeune fille d'un âge proche dont l'extériorité au médical autorise un modèle de conversation amicale, voire, on le verra, la mise en place de stratégies de distinction, d'autres à une sociologue qui pose des questions sur diverses pratiques, sur l'école ou la position sociale des parents, etc. La situation d'entretien suscite des discours tenus à partir d'une situation inscrite dans le médical, mais aussi des discours sur le médical, tout comme des discours à côté du médical – « [Avec de la surprise dans la voix] Finalement, je t'ai dit des choses que j'ai jamais dites ! » [Émilie, C]. Il ne s'agissait pas de rechercher l'« inédit », le « jamais révélé » auparavant – ces catégories sont affectées positivement en psychologie par exemple, mais leur pertinence sociologique est beaucoup moins sûre – mais tout simplement d'obtenir un matériau permettant de mener une approche sociologique de l'anorexie qui ne se limite pas à sa dimension de diagnostic médical, tout en prenant en compte les effets de l'inscription médicale du terrain.

## **Repérer le modelage des discours**

Cette inscription médicale se traduit aussi particulièrement dans le contenu même des discours recueillis en entretien avec les enquêtées hospitalisées. Si l'on a insisté sur la force socialisatrice de l'entretien clinique, c'est qu'elle n'influence pas

seulement la définition des situations d'entretien, mais également le discours que tiennent sur eux-mêmes ceux qui y ont été soumis. Le récit d'expérience demandé lors de l'entretien conduit les patientes à mobiliser des « autobiographies d'institution » (c'est-à-dire des « discours sur soi officiellement sollicités par le représentant d'une institution<sup>19</sup> ») travaillées et répétées lors des entretiens cliniques. Les discours tenus en entretien sont modelés par le passage par l'institution médicale, ce qui manifeste l'efficacité de la socialisation à un type particulier de discours sur soi évoquée plus haut. Ils sont aussi modelés de façon très différente selon le corpus concerné, entre la clinique C et l'hôpital H, cette variation constituant à la fois une preuve de la construction des discours opérée par l'institution médicale et un levier d'analyse de ses effets. Il s'agit donc maintenant de repérer ce modelage médical des discours, pour pouvoir, tout au long de l'analyse des entretiens, le prendre en compte et en faire un objet de l'étude.

### *Les reprises explicites*

Une première forme d'apparition du discours médical en entretien se marque par une invocation de ce discours, qu'il s'agisse de s'en réclamer ou au contraire de le mettre à distance. Les formes d'explicitation de la présence du discours médical sont nombreuses dans les entretiens. Elles illustrent par exemple la connaissance d'un discours médical général sur l'anorexie ou les anorexiques, auquel l'expérience personnelle est alors rapportée : « Quand on est anorexique », « comme toutes les anorexiques », « l'anorexie c'est... » « être anorexique ça veut dire... » etc. Cette mise en rapport est également faite sur le mode de la connivence avec l'enquêtrice : « Je faisais beaucoup de sport, *évidemment* », « *bien sûr*, ça a commencé par un régime », qui s'établit sur la présupposition d'une connaissance commune à l'enquêtée et l'enquêtrice sur « tout le tintouin » (l'expression est de Sophie [C]) de l'anorexie.

Quand le discours médical est ainsi explicitement repris à un moment d'un entretien, la posture des enquêtées peut être située

---

19. D. MEMMI, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, La Découverte, Paris, 2003, p. 59. D. Memmi emprunte cette notion à C. Penner et B. Pudal : si elle estime finalement que l'expression est moins adéquate qu'il n'y paraît pour les situations médicales qu'elle analyse, on peut en revanche avancer qu'elle est particulièrement pertinente ici.

sur un continuum entre deux pôles : un pôle de disqualification du point de vue personnel passé, au nom de la découverte du point de vue médical, et un pôle de disqualification du discours médical au nom du point de vue personnel. Le discours médical peut ainsi être présenté comme la vérité *a posteriori* d'un comportement auquel était auparavant donnée une signification autre : « C'est après, avec la psychothérapie, que j'ai pu comprendre petit à petit ce que j'ai recherché, mais sur le moment c'était vraiment "je me trouvais grosse, fallait perdre du poids", y'avait pas d'autres questions » [Christine, C]. L'explicitation du discours médical peut aussi intervenir dans un but de différenciation de l'expérience personnelle, que ce soit sur des points précis qui ne le remettent pas en cause : « C'est vrai que souvent on dit que les anorexiques elles attendent l'apparition des os... Mais moi c'était pas ça, oui je me pesais tous les jours et c'était de voir diminuer le chiffre [de la balance] » [Julie, H]), ou plus radicalement sur ses principes mêmes : « Ils ont fait des réunions avec les parents, des trucs familiaux, ils ont essayé de voir si y'avait un problème... ils ont pas réussi à trouver quoi » [Sidonie, H]. Les moments de mises à distance du discours médical sont ceux où celui-ci est très explicitement détaillé. Ils peuvent servir à repérer les types de discours auxquels les patientes ont été confrontées :

[Ton récitatif] Peur de grandir, peur de devenir un femme... J'ai tellement entendu ça, ça m'a saoulée... Bon d'accord, j'aime pas les formes, je trouve pas ça beau une femme avec des formes, mais c'est pas parce que je veux pas grandir ! Bon d'accord, je suis proche de mes parents, mais tout de suite ils en déduisent, question, ça je m'en rappellerai toujours, « est-ce que ma mère m'a allaitée ? » ! [Sidonie, H].

Ben y'a le... pffou... le stéréotype facile que l'anorexie, c'est lié à la mère... Que tout est lié à la relation qu'on a à la mère... ça, ça m'énerve un peu... L'idée que... pffou... Par exemple là l'entretien familial, le fait qu'on parle de l'alcoolisme de mon père, je trouve ça vraiment facile... [Christine, C].

Enfin, de façon toujours plus explicite qu'implicite, les interviewées peuvent avoir recours à des termes médicaux pour désigner leurs pratiques. Le discours médical intervient alors comme un instrument de codage *a posteriori* des pratiques par l'emploi de termes ou de catégories médicales, comme par

exemple les termes d'« hyperactivité » appliqué aux pratiques sportives et scolaires, de « rituels » pour désigner les pratiques alimentaires, de sentiment de « toute-puissance » pour évoquer un rapport à l'action et au monde, qui sont autant de catégories qui circulent des discours médicaux ou infirmiers observés aux entretiens réalisés.

### *Des modelages distincts*

À ces formes d'explicitation de reprise du discours médical s'ajoutent des formes intériorisées. Elles se traduisent par la sélection de certains thèmes, jugés pertinents pour parler de l'anorexie, et par le contenu même de ce qui est avancé comme explications de l'anorexie, et ce sans que j'introduise moi-même ces thèmes. C'est sous cet angle qu'apparaissent alors, de manière patente, les variations introduites par les différences d'orientation des services où les entretiens ont été effectués. Certains thèmes apparaissent relativement plus souvent dans les entretiens de la clinique C, comme ceux du passé familial (relation à la mère, plus rarement au père, ce qui correspond d'ailleurs à un intérêt plus récent de la psychanalyse pour cette question) ou du rapport à la féminité. On pourrait multiplier les exemples d'extraits d'entretiens qui font écho aux discours et aux catégories médicales observés *in situ* dans les services de la clinique C, que l'on peut eux-mêmes référer à une position particulière dans l'espace des discours sur l'anorexie (le pôle psychanalytique). Certains de ces thèmes apparaissent aussi dans les entretiens réalisés à l'hôpital H, notamment dans les entretiens avec des patientes suivies également par des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique. Mais d'autres thèmes sont relativement plus présents dans le corpus de l'hôpital H, comme celui des comportements et des erreurs alimentaires (l'approche cognitivo-comportementale, qui insiste justement sur cet aspect, est représentée dans le traitement suivi à l'hôpital H). Les entretiens effectués dans l'une ou l'autre des institutions portent donc la marque de cette variation, les discours ayant été modelés de manière différente par des orientations théoriques et thérapeutiques différentes.

### *Des modelages pluriels*

Il faut cependant noter pour finir que si les entretiens portent la marque de leur inscription médicale, aucun n'a été modelé par un point de vue unique. Les jeunes filles interrogées en tant que patientes ont été exposées à plusieurs points de vue différents au cours d'une trajectoire médicale qui peut comprendre des hospitalisations dans des services variés, la rencontre de points de vue divers au sein d'un même service, ou le suivi par un thérapeute extérieur à l'hôpital. Il est donc extrêmement rare que l'on puisse identifier une instance médicale unique de modelage des discours. On peut prendre l'exemple de Priscille, que j'ai rencontrée à la clinique C, mais qui a été auparavant hospitalisée dans un service où l'approche principale est comportementale. Le modelage médical de son discours est de ce fait multiple, mêlant point de vue analytique, point de vue comportemental et explications génétiques : elle se livre ainsi, lors de l'entretien, à un véritable bricolage entre des discours différents. Le modelage médical des discours tenus en entretiens, même s'il apparaît souvent sous une forme plus intériorisée qu'explicitée, n'empêche donc ni des positionnements de distance par rapport aux discours médicaux, ni la conscience et parfois l'explicitation du modelage des discours.

Comme tout discours tenu en entretien, celui des patientes interviewées est de fait construit par la situation dans laquelle il s'inscrit. Il ne saurait s'agir de rêver un entretien apuré de toute construction externe par une procédure méthodologique magique. Mais il ne s'agit pas non plus de déplorer cette situation. L'inscription médicale du terrain présente en effet un avantage de taille : ce dispositif d'enquête a le mérite de permettre d'identifier avec précision, sinon exhaustivité, des instances importantes de construction de ce discours. Il donne des indications sur ce qui a construit le discours, et l'observation des entretiens cliniques, à la clinique C, permet même d'envisager certains des processus de leur construction. On pourra donc, dans les chapitres qui suivent, prendre en compte les effets de ce modelage médical et le soumettre, quand cela s'avère utile, à l'analyse.

## Ouvrir une brèche pour la sociologie

Dans la prise en compte des effets de l'inscription médicale du terrain, il reste à revenir sur ce qui l'a tout simplement rendue possible, à savoir l'accord des institutions concernées pour que le terrain y soit justement inscrit. On a insisté, dans l'introduction générale, sur le pari que constituait le fait d'appliquer un point de vue sociologique sur un « objet étranger », *a priori* extérieur à son domaine habituel de pertinence. Il faut maintenant nuancer cette dernière affirmation : il y a bien une place accordée sinon à la sociologie, du moins au « social » dans le point de vue médical sur l'anorexie, et la meilleure preuve en est sans doute le fait que j'ai été admise comme intervieweuse, ou observatrice et intervieweuse, à l'hôpital H et dans la clinique C. Plus exactement, il existe une place *assignée* au social par l'approche médicale, que l'on peut approcher en actes, à travers la façon dont une étudiante en sociologie est acceptée ou non, et dont sont perçues les raisons et la pertinence de sa présence. L'analyse des négociations de terrain permet même d'esquisser une sociologie de la place de la sociologie dans l'espace des discours sur l'anorexie. Quelle est la place du social dans les discours médicaux et psychologiques, mais aussi quelle a été la place de l'enquêtrice dans le médical et, enfin, comment poursuivre, par différenciation, la définition de l'objet d'une approche sociologique de l'anorexie ?

### *Le poids du social*

Il faut tout d'abord noter la façon dont le « social » semble peser sur les discours sur l'anorexie, qui sont, pour de multiples raisons, sommés ou en tout cas conduits à lui faire une place, ne serait-ce que pour le réfuter ou le mettre à distance. C'est à ce contexte que se rattache, par exemple, la publication par deux psychiatres, dans la collection « Médecine et psychothérapie » de l'éditeur Masson, d'un ouvrage consacré entièrement au « poids de la culture » dans l'anorexie mentale et la boulimie<sup>20</sup>, poids qui est aussi celui que la « culture » fait peser sur la médecine elle-même. On peut émettre quelques hypothèses sur cette pression en faveur de l'intégration du social. Sans faire

---

20. A. GUILLEMOT, M. LAXENAIRE, *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, Masson, Paris, 1995.

intervenir les propensions, historiquement construites, de chacune des positions de l'espace des discours sur l'anorexie à produire un discours sur le social, on peut juste remarquer que l'existence et le développement de l'épidémiologie amènent les publications psychologiques ou médicales à dire quelque chose des spécificités du recrutement des pathologies mentales qu'elle met en évidence.

Toutefois, en ce qui concerne l'anorexie, on peut pointer deux vecteurs plus spécifiques d'exhortation à intégrer le social. En premier lieu, ce que l'on pourrait qualifier de « poids importé » du féminisme américain et anglais. L'approche féministe de l'anorexie est très présente aux États-Unis et en Grande-Bretagne, au point que les travaux médicaux américains de synthèse sur l'anorexie consultés mentionnent les écrits féministes, ce qui vaut certainement la peine d'être noté<sup>21</sup>. Le féminisme français n'a pas eu un rôle équivalent, mais la circulation des hypothèses et des approches entre les États-Unis et la France fait que cette place du féminisme se reporte dans certaines publications de synthèse françaises<sup>22</sup>. Ce poids importé du féminisme américain ou anglais apparaît également dans les références à ces thèses dans les textes médicaux ou psychologiques français où les approches féministes sont approuvées, réfutées ou disqualifiées. Sans qu'il existe d'institutions spécifiques pour soutenir en France une position féministe sur l'anorexie, cette dernière n'en pèse pas moins sur les discours

---

21. Les approches féministes présentent en général l'anorexie comme une conséquence du patriarcalisme de la société, que les anorexiques en soient les victimes par excellence ou qu'elles représentent une forme de protestation contre lui. Très fréquemment, ces optiques combinent point de vue féministe et approche psychanalytique (notamment dans l'étude des relations mère-fille). K. CHERNIN, dans *The Hungry Self. Women, Eating and Identity*, Times Books, New York, 1985, voit ainsi dans l'anorexie une lutte cachée pour l'autonomie dans le cadre d'un conflit inconscient entre mères et filles : l'obsession pour la nourriture remplace la quête de la liberté, à la fois dans le cadre de la trajectoire individuelle et pour une génération féminine qui est la première à pouvoir accéder à la sphère publique ; pour S. ORBACH, *Hunger Strike. The Anorectic's Struggle as a Metaphor for our Age*, Norton, New York, 1986, l'anorexie est une protestation contre l'oppression des femmes. Pour une présentation en français de ces thèses, voir par exemple A. GUILLEMOT, M. LAXENAIRE, *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, op. cit., chapitre 13.

22. Ainsi, dans *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, op. cit., A. GUILLEMOT et M. LAXENAIRE consacrent un chapitre aux théories féministes américaines et anglaises, et présentent ensuite trois « cas » d'anorexiques « féministes » qui leur semblent en vérifier les thèses. Les thèses féministes sont par ailleurs reprises dans le « Que sais-je ? » consacré à l'anorexie et à la boulimie, à l'occasion de l'exposé des « déterminismes sociaux et culturels », H. CHABROL, *L'Anorexie et la boulimie de l'adolescente*, PUF, 1991, p. 78-87.



médicaux, en écho à la situation américaine où ce poids est beaucoup plus important. On peut faire l'hypothèse que ce sont en fait les médias qui jouent un rôle important dans l'importation de cette problématique.

Le deuxième facteur, relativement spécifique à l'anorexie, d'exhortation à intégrer le social tient en effet à l'existence d'une véritable étiologie médiatique, qui emprunte aux thèses féministes, mais possède une quasi-autonomie. Bien qu'on ait affaire, comme dans le cas d'autres pathologies, au rôle habituel de transmission des discours médicaux par les médias, notamment dans un but préventif, les articles, dossiers ou émissions médiatiques ne s'y réduisent pas. La spécificité de l'anorexie ne tient pas à sa seule présence dans les magazines féminins ou les émissions de télévision mais bien au fait qu'il existe une théorie médiatique de l'anorexie, qui fait elle-même l'objet d'un débat interne aux médias et qui pose la question de la responsabilité de l'industrie de la mode dans l'imposition d'un modèle pathologique de la minceur<sup>23</sup>. Certains magazines féminins de mode et de société de tradition féministe, comme l'hebdomadaire *Elle* ou le mensuel *Marie-Claire*, ont ainsi repris certains aspects de ces thèses – l'objectivation du corps de la femme – en posant plus particulièrement la question du rôle des mannequins dans l'imposition d'un modèle corporel défini comme dangereux. Par exemple, en novembre 1996, *Elle* titre : « Attention danger ! Enquête sur la folie des mannequins brindilles. Maigre jusqu'où ? » L'introduction du dossier évoque « la polémique qui s'instaure autour des podiums et de la minceur excessive des top models. Hanches creuses, côtes apparentes, regards vides... Les nouveaux canons de la mode abandonneraient-ils les formes au profit des anorexiques ? Notre enquête et les témoignages de créateurs et de photographes sur les raisons de cet engouement. Et sur ses dangers<sup>24</sup> ». Ce dossier est emblématique des multiples articles sur cette question dans les magazines féminins : deux thèmes s'entremêlent, l'un portant sur le caractère anorexique ou non des mannequins (dans certains

---

23. Il ne s'agit pas ici de prétendre que cette thèse est d'origine médiatique – ce sont en effet surtout les approches féministes qui l'ont élaborée –, ou qu'elle est défendue exclusivement par les médias. On pourrait dire plus justement que ce qui est appelé ici « thèse médiatique » est une thèse féministe, une critique du rôle des médias (et notamment des magazines féminins) dans l'objectivation du corps de la femme, que ces derniers ont reprise.

24. *Elle*, 11 novembre 1996, p. 78.

articles, on accuse les directeurs d'agences de mannequins d'avoir recruté un mannequin « à la porte d'une clinique pour anorexiques », l'autre sur le caractère pathogène de l'imposition de tels modèles de féminité. Le dossier commence sur la présentation d'un cas, celui de Juliette, dont « le modèle s'appelle Kate Moss » (un mannequin vedette connue à l'époque surtout pour sa minceur extrême) et qui tapisse sa chambre de photos de mannequins, et se conclut ainsi : « Juliette, victime de la mode, ne réalise pas qu'elle est en train de sombrer dans l'anorexie. » Or, ce qui frappe surtout, c'est la façon dont ces questions sont traitées de manière interne au milieu de la mode. L'enquête dont il est question est faite auprès de photographes (Jean-Loup Sieff) ou grands couturiers (Corinne Cobson, Karl Lagerfeld, Azzedine Alaïa...) dont des extraits d'interviews illustrent l'article, et qui se prononcent « pour » ou « contre » la mode des mannequins brindilles mais aussi la thèse de l'influence de cette mode sur l'anorexie mentale. La médecine est, de façon bien moins visible, présente dans le corps de l'article à travers une rapide citation de P. Jeammet, à laquelle l'article fait dire quasiment le contraire de ce qu'elle dit. Il y « confirme » en effet ce qu'en fait il réfute : « Voilà [la mode des mannequins brindilles] peut-être de quoi expliquer la recrudescence des troubles alimentaires constatés depuis vingt ans par les médecins et psychologues. "Le malaise est bel et bien installé, confirme, alarmiste, le professeur Jeammet, grand spécialiste de l'anorexie en France. Il ne faut pas surestimer l'influence de la mode et des médias dans cette histoire. Les troubles alimentaires ont des raisons beaucoup plus profondes"[...]. » La thèse médiatique fait donc peser le « social » sur les discours médicaux, sommés de se situer par rapport à une question dont ils peuvent refuser la légitimité. Cette situation d'imposition de problématique, beaucoup moins fréquente que le rôle plus traditionnel de transmission des catégories médicales, est cependant suffisamment significative pour être notée.

Le poids que cette thèse médiatique fait peser sur le médical se manifeste aussi par le fait que ma présence dans les services médicaux a été parfois mise en relation avec cette étiologie sociale. Lors d'une discussion entre une psychologue et une infirmière à laquelle j'assiste dans le service U, cette dernière fait ainsi référence à ce type de « facteurs sociaux » : « Oui l'anorexie ça ne suscite pas d'empathie, c'est quand

même assez incroyable... Et puis je pense qu'il y a aussi de la jalousie, parce qu'on est dans une société (elle me regarde) où la minceur est très valorisée, et elles, elles y arrivent quoi » [...]. Elle parlera ensuite des "facteurs" que sont la maigreur des mannequins et de ce qu'elle appelle l'effet "Spice Girls" ("les petites filles d'aujourd'hui n'ont plus le temps de grandir, et se préoccupent de régimes très tôt") » [JT].

Lors des négociations de terrain, des médecins m'ont demandé, sous une forme ou sous une autre, « qu'est-ce qui pouvait intéresser un sociologue dans l'anorexie ? » Dans mes réponses, je faisais référence à la tradition sociologique d'études de certains thèmes, comme les pratiques alimentaires, le rapport au corps, le genre, ainsi que l'intérêt sociologique ancien pour la question du normal et du pathologique. Je n'ai donc jamais fait intervenir la figure sociale des mannequins ou la norme de minceur actuelle. De mon point de vue, il s'agissait d'une stratégie de présentation de soi par différenciation du social et du sociologique : je ne pouvais pas me permettre de reprendre la thèse médiatique. Mais, pour certains de mes interlocuteurs, cela signifiait sans doute que je n'inscrivais pas ma recherche dans cette thèse médiatique, et donc que j'étais capable de comprendre ce qu'il y avait de « plus profond » dans l'anorexie, voire d'adopter leur point de vue. Cela a peut-être été un facteur important d'acceptation de ma présence et du principe des entretiens avec les patientes.

En revanche, je n'ai pas eu à répondre à une telle question lors de la négociation des entretiens, et pour certaines des enquêtées ma position de sociologue impliquait un accord de fait avec la thèse médiatique. De même qu'à certains moments des entretiens il était fait référence à une connaissance partagée des discours médicaux, comme on l'a évoqué plus haut, la mention de la thèse médiatique pouvait également apparaître : « Puis bien sûr c'est [l'anorexie] dû aussi aux médias... On voit dans les magazines, maintenant y'a plus un seul magazine qui va pas parler de régime ! Ça devient une obsession, toutes les nanas qu'on voit dans les magazines, elles sont toutes à moitié anorexiques... » [Émilie, C]. La thèse médiatique est de plus l'une des rares thèses explicatives de l'anorexie qui circulent dans les entretiens du lycée L – entretiens, il faut le rappeler, qui portaient sur les « comportements alimentaires », les références spontanées à l'anorexie étant en elles-mêmes des preuves de la circulation du diagnostic : « Y'a en plus toute

l'image qu'on voit dans les magazines, de la femme elle est supra-mince et tout [...] les mannequins qui sont anorexiques et tout » [Juliette, L]. On peut noter que c'est moins le terme d'anorexie qui revient que celui d'« anorexique », qui est devenu une catégorie d'usage quasiment courant<sup>25</sup>.

Si, comme le dit l'anthropologue T. M. Luhrman, « le savoir psychiatrique s'infiltré dans la culture commune comme la teinture d'une chemise rouge dans l'eau chaude<sup>26</sup> », il faut donc noter une caractéristique importante du diagnostic d'anorexie (et plus largement des troubles alimentaires) : les médias (et plus spécifiquement la presse féminine) n'ont pas seulement un rôle de passeur ou de transmetteur mais visent à fournir des éléments étiologiques spécifiques à son sujet. Le social pèse donc, dans une certaine mesure, sur les discours médicaux. Quelles sont alors les modalités concrètes de son intégration ?

### *Les modalités d'intégration du social*

On peut très grossièrement distinguer deux modèles d'intégration du social dans les analyses médicales et psychologiques. Dans le premier, le social est intégré comme un ensemble de phénomènes propres qu'il s'agit d'incorporer dans le cadre d'une approche plurifactorielle. Le social est alors l'un des facteurs d'explication, de déclenchement ou de modification des formes de l'anorexie. On peut prendre ici l'exemple du DSM. Dans le DSM-III-R, le texte qui suit l'exposé des critères diagnostiques de l'anorexie mentale liste un certain nombre de thèmes : les « caractéristiques associées », l'« âge de survenue », la « répartition selon le sexe », la « prévalence », l'« évolution », « les aspects familiaux », etc., jusqu'au « diagnostic différentiel ». Dans le DSM-IV, une rubrique est ajoutée : « Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe », qui commence par la phrase suivante : « C'est dans les sociétés industrialisées que la prévalence de l'anorexie mentale apparaît, de loin, la plus élevée, sociétés dans lesquelles la nourriture est présente en abondance et où prévaut l'idée que pour

---

25. M. Robertson évoque ainsi le fait que le terme d'anorexique soit devenu « la combinaison complexe d'un terme de sens commun et d'une catégorie médicale », *Starving in the Silences. An Exploration of Anorexia Nervosa*, New York University Press, New York, 1992, p. 18-21.

26. T. M. LUHRMANN, *Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*, Alfred A. Knopf, New York, 2000, p. 20.

être séduisant, il faut être mince, en particulier quand on est une femme<sup>27</sup>. » Cette mention officielle des « facteurs culturels » est explicitée dans l'introduction du manuel : « Il est évident que les symptômes et l'évolution d'un certain nombre de troubles du DSM-IV sont influencés par des facteurs ethniques ou culturels. Le DSM-IV a inclus une nouvelle section au texte pour tenir compte de ces facteurs<sup>28</sup>. » L'inclusion de ces « caractéristiques liées à la culture » correspond ainsi à un modèle où le socioculturel joue comme un type parmi d'autres de caractéristiques et potentiellement de facteurs distincts interagissant les uns avec les autres. On peut fréquemment noter dans les textes médicaux un mode équivalent d'intégration du social, importé dans l'analyse comme une composante non médicale, un facteur qui interagit avec les autres types de facteurs, biologiques ou psychologiques par exemple.

Or, ce mode d'intégration trouvait sa traduction pratique lorsque j'étais acceptée en tant qu'enquêtrice sur un terrain médical. Par ma demande, je sollicitais de fait une « place » pour le social, une internalisation sous une forme ou sous une autre dans le médical en tant qu'extérieure au médical. Lorsque j'ai négocié le principe d'entretiens avec les patientes à l'hôpital H, le médecin rencontré m'a dit qu'elle était intéressée par ce que je pourrais travailler des « aspects sociaux » de l'anorexie. C'est aussi sous la forme d'une « complémentarité » que le chef du service S à la clinique C m'a conseillé de présenter ma position lors de la réunion du service : « Il faut préciser aussi [à l'équipe] que l'approche sociologique n'a pas pour prétention de déborder les autres approches, mais c'est un point de vue différent, qui pourrait être complémentaire et enrichissant... » [JT]. L'acceptation de ma présence signifiait donc en pratique l'octroi au social d'une place, différente de celle des autres approches, potentiellement complémentaire, subordonnée cependant à un découpage médical préétabli des domaines de pertinence.

Il existe par ailleurs un second mode d'intégration du social, où celui-ci ne constitue pas un ordre de phénomènes propre, mais est pris en charge par le même registre scientifique que

---

27. American Psychiatric Association, *DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Washington DC, 1994, traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, p. 637.

28. American Psychiatric Association, *DSM IV, op. cit.*, p. XXXI.

celui qui décrit la psychopathologie individuelle, comme c'est le cas dans certaines approches psychanalytiques. Le social n'est plus seulement potentiellement pathologique (dans la mesure où il constituerait l'un des facteurs du trouble mental), il est directement pathologisé à l'intérieur d'une approche unique. L'intégration peut en effet consister à prendre en charge, à partir d'une même approche « unifactorielle », la totalité des phénomènes, y compris les éléments définis comme « sociaux ». On peut en trouver un exemple dans le texte suivant : « Les variations épidémiologiques trouvent des éléments d'explication dans des données sociologiques qui pour être diverses se recoupent dans l'importance croissante conférée à la valorisation narcissique au détriment de la relation à l'autre. La qualité de cette dernière s'est considérablement altérée du fait de l'implication narcissique prévalente. Le risque pressenti de la relation tend à générer des comportements de maîtrise, voire d'emprise, plutôt que d'accepter un échange, source d'une perte éventuelle [...]. Cette évolution vers une "civilisation du self" est bien stigmatisée par C. Westphal [...] : "Nous vivons une époque qui valorise l'acte, la recherche frénétique de l'action, aux dépens de la pensée et des échanges... Les valeurs prédominantes deviennent la performance, l'agir et la compétition, ce qui majore l'angoisse narcissique et ses réponses pathologiques." [...]. La congruence entre l'évolution de la place de la femme dans la société (beaucoup plus active, agressive, masculine) et celle de l'idéal de minceur est assez remarquable<sup>29</sup>. »

La prise en charge des éléments « sociaux », désignés même comme « sociologiques » dans ce texte, se fait donc par leur soumission au modèle explicatif, psychanalytique en l'occurrence. Le social est pour ainsi dire psychanalysé, dans la mesure où le registre psychopathologique s'applique à la société comme il s'applique aux cas individuels. On voit bien ce qui distingue les deux approches : le social peut être un facteur explicatif extérieur qu'on cherche à internaliser comme tel, ou bien un ensemble de phénomènes pris en charge, intégrés par la psychanalyse.

La définition de la situation d'enquête et de ma présence sur le terrain du médical a pu donner lieu à une telle intégration. Ma présence et le choix de mon sujet ont parfois été réinterprétés

---

29. M. CORCOS, Ph. JEAMMET, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires : réflexions critiques », *Confrontations psychiatriques*, n° 35, 1993, p. 323-324.

d'un point de vue psychologique, voire psychanalytique à la clinique C. Lors de la première rencontre avec le chef du service S, il me suggère en effet : « Il faut réfléchir à ce qui vous intéresse vraiment dans le sujet, à pourquoi vous vous y intéressez... Peut-être que vous avez vous-même frôlé l'anorexie... » [JT]. Il reviendra sur ce thème lors de ma deuxième rencontre avec lui, qui prenait place elle aussi dans la négociation du terrain : « Il faut que vous trouviez, vous, ce que vous cherchez, vous ne pouvez pas être neutre car ça vous touche, l'anorexie, vous êtes une fille... ce serait bien de faire un chapitre là-dessus, mais bon, je suis pas votre directeur de thèse » [JT]. Ma présence en tant que sociologue ne peut être, dans cette optique, justifiée uniquement par les raisons internes à la discipline sociologique que je lui donne. Elle s'explique nécessairement par des éléments qui font intervenir l'histoire personnelle et la psyché individuelle. Une psychologue de la clinique me demande ainsi « pourquoi » j'ai choisi de travailler sur l'anorexie, en ajoutant immédiatement une série d'interrogations qui indique le type de réponse attendu : « Est-ce que tu manges plus depuis que tu travailles sur l'anorexie ? Parce que les patients nous renvoient à quelque chose de très fort en nous » [JT]. À la psychanalyse du social évoquée plus haut correspond donc la réinscription d'une enquête sociologique, à travers la personne de l'enquêtrice, dans l'espace du psychologique.

### *L'assignation à résidence*

Les deux modalités d'intégration du social dégagées ci-dessus ont cependant un point commun : tout en incorporant le social, elles lui attribuent une place bien particulière. Elles se rejoignent en effet dans l'assignation du social à l'extérieur d'un *noyau* (médical ou psychanalytique), qui représente une forme de « défense d'entrée » dans ce noyau pour la sociologie, une assignation à résidence aussi bien théorique que pratique.

En ce qui concerne les approches qui intègrent des « facteurs sociaux », on peut leur appliquer les analyses proposées par R. Barrett à propos du modèle « biopsychosocial ». Il montre en effet que ce modèle réduit le social à n'être qu'un contexte, à n'avoir d'effet qu'extérieur par rapport à un point de vue biologique préséant : « Si elles englobent un large spectre de perspectives, les théories biopsychosociales

maintiennent néanmoins la domination médicale en donnant la préséance au savoir biologique [...]. Lorsque le modèle est représenté sous la forme d'une série de cercles ou de carrés concentriques [...] la biologie occupe le noyau le plus profond, entouré de zones périphériques concentriques – soit successivement la zone psychologique, interpersonnelle, sociale et culturelle [...]. Les idées qui modèlent cette représentation se reflètent dans le langage de la psychiatrie biopsychosociale. L'adjectif "biologique" est généralement associé à des termes comme "racines", "base", "substrat" ou "noyau", alors que culturel va généralement avec "couche supérieure" [...]. Si on attribue une influence [aux facteurs psychosociaux], c'est celle d'un simple facteur secondaire qui ne provoque pas la maladie<sup>30</sup>. » En ce sens, l'intégration du social se traduit par son exclusion du noyau du biologique, mais également des couches plus proches du noyau (psychologique et interpersonnelle).

On peut trouver une traduction pratique de cette exclusion hors du noyau médical dans les modalités d'un des refus de terrain que j'ai essayés. La négociation de terrain s'est faite avec un professeur de psychiatrie et chef de service hospitalier qui défend par ailleurs l'intégration du socioculturel dans l'approche des troubles alimentaires. Le refus de terrain a été assez violent, mais cette violence est moins importante ici que les arguments utilisés pour délégitimer ma demande : « Il y a des travaux sociologiques sur les comportements alimentaires, donc il y a des travaux sociologiques sur l'"anorexie". La sociologie ne peut pas s'intéresser à la pathologie [...]. C'est comme si une boulangère venait me voir, en me disant "je voudrais considérer l'anorexie par rapport à la boulange". L'anorexie par rapport à la boulange, ça existe et c'est facile : elles ne mangent pas de pain. La boulange, c'est une technique, je ne vois pas de différence avec la sociologie, où la méthodologie n'a aucune rigueur, mais bon, c'est un autre problème [...]. Il est hors de question que vous puissiez voir des patientes. Qu'est-ce que vous pourrez dire des discours directs [des patientes] que vous n'aurez pas dans les discours indirects [des médecins sur les patientes] ? [...] Vous avez un sujet scabreux, pour la sociologie » [JT].

---

30. R. BARRETT, *La Traite des fous*, op. cit., p. 262-263.



On voit que ce qui est en jeu, outre la question plus générale de la légitimité de la sociologie comme discipline scientifique, c'est le fait que je souhaite inscrire ma recherche dans le cadre du médical, que je travaille sur une « pathologie », que je projette d'effectuer des entretiens pour obtenir des discours « directs » et non « indirects » (médicaux), que je ne me contente pas de travailler sur l'alimentaire ou sur le corps, mais bien sur l'« anorexie », que je suis aussi illégitime à aborder qu'une « boulangère » – mépris de classe et mépris disciplinaire se conjuguant alors. Ce refus de terrain illustre en pratique l'analyse de R. Barrett. Le social est intégré à la condition qu'il reste extérieur et contextuel : à la place qui lui est désignée.

Il faut noter que ce type de refus de terrain ne doit pas être rapporté à une position médicale spécifique : mon enquête a été acceptée à l'hôpital H, d'orientation « plurifactorielle » du point de vue de l'intégration du social, mais refusée par la chef de service de l'un des services de la clinique C, d'orientation psychanalytique, avec des arguments très proches de ceux cités ci-dessus : « Il faut savoir ce que vous faites, vous faites un travail sociologique mais non clinique. Et un travail sociologique, je le vois comme [ça], il faut que vous travailliez sur les discours autour de l'anorexie, tout ce qui s'écrit sur l'anorexie, l'image de l'anorexie dans le monde moderne. Ça me paraît difficile de vous introduire [dans le service], ce sont des moments très intimes et vous n'êtes pas une clinicienne. [...] La sociologie, de toute façon, ce n'est pas de la clinique [...]. Je ne veux pas de voyeurs dans mon service, pour le dire crûment [...]. Et puis, la sociologie ne peut pas faire n'importe quoi, la sociologie c'est l'étude du fait social, ce n'est pas la clinique, la sociologie doit rester à sa place... » [JT].

Ce qui frappe à nouveau dans les arguments utilisés, c'est l'assignation de la sociologie à une « place » nécessairement extérieure par rapport à un objet « clinique » : la sociologie peut travailler sur les « discours » et les représentations « autour » de l'anorexie, mais elle ne peut être que « voyeurisme » si elle souhaite ne pas s'en tenir aux alentours de l'anorexie. « La sociologie, ce n'est pas de la clinique » : cette évidence, reprise plusieurs fois lors de cette négociation, a toute la force des tautologies, et sa vérité n'est pas contestable. En même temps, elle opère sur un présupposé qui, lui, l'est, et qui constitue une véritable imposition de problématique : que seul un point de vue « clinique » – c'est-à-dire défini disciplinairement mais aussi

pratiquement comme thérapeutique – peut être appliqué à un objet « clinique ». Qui plus est, de ce point de vue, le « fait social », qui est l'unique objet sur lequel la sociologie peut travailler, existe en soi, indépendamment d'une approche qui le construit : il consiste en un ordre de phénomènes délimité *a priori* qui n'inclut pas l'anorexie.

Il ne s'agit certes pas de voir dans cette marginalisation active du point de vue sociologique l'unique raison des refus de terrain qui m'ont été faits : la volonté de protéger les patients, de ne pas les « donner en pâture » – « Il faudra obtenir l'accord des patients pour les entretiens, c'est pas du bétail », me dira un médecin après avoir donné son accord pour les entretiens – à une personne extérieure au milieu médical constitue un motif de refus tout à fait légitime. Pourtant, ce n'est pas sur ce problème que les refus de terrain se sont concentrés mais bien sur la définition de la sphère médicale et donc corrélativement sur une définition de la sociologie et de sa « place ».

Cette volonté d'assignation à résidence est cependant tout à fait logique de la part des médecins : les sociologues eux-mêmes peuvent, par exemple, ne pas apprécier les tentatives d'expliquer la stratification sociale ou les inégalités devant l'école à partir d'approches psychologiques ou génétiques. Mais, comme j'ai pu le constater tout au long de mon enquête et des réactions que j'ai recueillies à l'énoncé de mon sujet, y compris parmi les sociologues, l'idée selon laquelle l'approche sociologique ne peut s'appliquer que sur les objets qui lui sont socialement réservés est bien plus répandue que chez les seuls médecins. On peut le voir par exemple dans cet extrait d'entretien réalisé avec l'un des enseignants de l'établissement scolaire jouxtant la clinique C, qui, avant que je ne commence à enregistrer, me dit qu'il ne comprend pas trop ce que je veux faire, que l'anorexie « n'est pas un objet sociologique » :

MD : – Ben... La construction, enfin tout le travail de construction de l'objet vise à dire que oui, c'est-à-dire que en gros... Je ne sais pas si l'objet est en lui-même sociologique mais l'idée ce serait de voir ce que peut donner l'application d'un point de vue sociologique, est-ce que ça apporte quelque chose à la connaissance de l'objet ? Est-ce que ça apporte quelque chose à la sociologie elle-même, de la confronter à des objets qui *a priori*... ne lui appartiennent pas, qui de fait socialement ne lui appartiennent pas... Donc y'a un peu cette ambition-là, c'est-à-dire, « est-ce que le

point de vue sociologique peut s'appliquer à un objet comme ça ? »

Enseignant : – Et l'objet, c'est quoi ? En l'occurrence ?

MD : – Alors en l'occurrence, non construit pour l'instant, le processus de construction d'objet est en construction justement, mais donc ce serait l'anorexie, mais par exemple vue comme un ensemble de pratiques en fait... De pratiques alimentaires, de pratiques scolaires, de pratiques sportives, de pratiques en termes de corps, etc. Bon, je suis au début, et c'est... Comment dire ? Ça va pas être simple... [...]. Vous êtes sceptique ?

E : – Ah oui...

MD : – C'est vrai que...

E : – Parce que bon... L'anorexie c'est une approche, je dirais... psychopathologique, c'est quelque chose qui met en jeu une psychopathologie... Donc bon... construire un objet, ça peut être éventuellement... Enfin je ne vois pas d'autres liens que de faire le lien entre approche psychopathologique et puis comportements sociaux, mais bon... En quoi c'est une pratique sociale... Oui... Enfin bon...

Ce qui se joue donc dans ce qui est initialement un refus d'entretien – qui finalement démarrera plus tard –, c'est à nouveau le fait que l'approche sociologique ne peut être qu'extérieure à un objet qui « met en jeu une psychopathologie », ce qui apparaît clairement lorsque ma définition en termes d'« approche » ne passe pas et est instantanément retraduite en termes d'objet dans l'hésitation suivante : « L'anorexie c'est une approche, je dirais... psychopathologique, c'est quelque chose qui met en jeu une psychopathologie... » Pour cet enseignant non plus, l'anorexie n'est pas un « fait social », et c'est cette définition par l'objet qui prime sur la définition par l'approche.

Quand le social est un facteur parmi d'autres, il peut donc à la fois être intégré et de fait exclu du noyau du médical. Mais, comme le montrent déjà certains des extraits d'entretiens ou de journal de terrain cités ci-dessus, l'intégration du social peut produire un résultat équivalent dans le cas des approches d'orientation psychopathologique : c'est alors le psychisme, ou la psychopathologie individuelle, qui constitue la vérité du social, ce qui a également pour conséquence d'exclure le social d'un noyau théorique et pratique.

On peut en trouver un exemple dans l'ouvrage *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Les premiers chapitres sont consacrés à l'analyse des facteurs socioculturels (avec, notamment dans un chapitre sur la « société narcissique », le type de psychanalyse du social évoqué plus haut). Le chapitre 19 présente ensuite les « principales hypothèses psychanalytiques concernant les troubles des conduites alimentaires », puis les derniers chapitres et la conclusion élaborent une synthèse entre facteurs socioculturels et facteurs psychiques individuels, sous la forme suivante : « Comment articuler à présent les hypothèses psychopathologiques précédentes avec les approches sociogénétiques ? Tout d'abord en remarquant qu'une société comme la nôtre ne peut que favoriser les pathologies du narcissisme. De plus, l'évolution sociale et familiale est de nature à faciliter la genèse comme l'expression de la vulnérabilité narcissique, par le biais notamment du surinvestissement des enfants par les parents. Il faut évoquer aussi l'idéal esthétique de minceur qui prévaut dans notre société [...]. L'impact socioculturel intervient également dans la problématique de la dépendance, laquelle est au cœur de la psychopathologie de l'anorexie [...]. En effet, notre société favorise la dépendance à plusieurs niveaux. La mise à disposition de biens de consommation multiples et variés rend le bonheur de l'individu dépendant de la possibilité de les acquérir [...]. Par ailleurs, l'adolescence se prolonge, et avec elle la dépendance financière vis-à-vis des parents [...]. Enfin, l'extension de la protection sociale ne contribue pas à promouvoir l'autonomie des individus, qu'elle rend dépendants de l'État et de la société [...]. Notre société qui vante et favorise la dépendance pourrait bien, en définitive, compliquer la tâche de ceux qui ont déjà des difficultés à s'autonomiser<sup>31</sup>. »

La question n'est pas ici de traquer, dans une optique critique, l'aspect normatif de ces propos – la condamnation du « surinvestissement parental », la dénonciation élitiste de la « société de consommation », voire l'accusation faite à la protection sociale de favoriser les conduites de dépendance – mais bien de repérer, dans le mouvement même du raisonnement de cet extrait, un processus qui fait nécessairement de la psychopathologie individuelle le cœur et l'explication ultime des

---

31. A. GUILLEMOT, M. LAXENAIRE, *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, Masson, Paris, 1995, p. 115.

troubles alimentaires (« ceux qui ont déjà des difficultés à s'autonomiser »). La société ne donne qu'une « forme » extérieure et contingente à une parole qu'il s'agit de faire émerger, d'épurer de ce qui n'est qu'un leurre social : « La part des courants sociologiques [= sociaux] susceptibles d'influencer l'émergence de ces troubles reste très discutée. Il ne s'agit pas de les séparer artificiellement des autres facteurs, en particuliers des facteurs psychiques individuels [...]. Notre société fournit un modèle narcissique, infléchit les habitudes alimentaires, prolonge et aggrave la dépendance, et confère à la femme, première "candidate" aux troubles des conduites alimentaires, une place et un rôle inconfortables [...]. Reste que le symptôme est toujours un moyen de communiquer. Anorexiques et boulimiques utilisent la nourriture-langage pour s'adresser aux autres. La forme du message est liée au contexte socioculturel dans lequel il est délivré. Au-delà de cet aspect, ce qui importe est que l'appel soit entendu. Il revient au psychiatre de savoir discerner, derrière les troubles du comportement alimentaire, si répandus, un individu dans sa spécificité. Au psychothérapeute alors de faire émerger, au lieu du discours promu par la société, la parole du sujet<sup>32</sup>. » Cette citation, qui constitue les dernières phrases de l'ouvrage, est éloquente. L'anorexie est un langage que le social brouille en lui donnant forme sociale : la psychanalyse doit donc débarrasser la « parole du sujet » des scories du social.

Dans son étude de « psychanalyse sociohistorique<sup>33</sup> », J. Maître se montre critique par rapport à cet ouvrage, auquel il reproche en fait de ne pas suffisamment opérer cette disqualification des scories : « Du coup, même les médecins se mettent à insister sur la dimension culturelle [en note : Voir par exemple A. Guillemot et M. Laxenaire]. Cependant, toute discussion sur l'anorexie mentale limite son horizon si on commence par définir le syndrome à partir de la volonté qu'affirment beaucoup

---

32. *Ibid.*, p. 128-129.

33. J. MAÎTRE, *Anorexies religieuses, anorexie mentale. Essai de psychanalyse socio-historique. De Marie de l'Incarnation à Simone Weil*, Cerf, Paris, 2000. « La question originelle de mes travaux sur la mystique est celle de l'articulation entre la sociologie et la psychanalyse [...]. La voie que j'ai choisie [...] passe par la prise en compte de "cas" individuels, où le discours d'une personne déterminée peut être référé à la sphère idéologique comme positionnée socialement et investie de pulsions inconscientes [...]. La démarche sociohistorique elle-même peut alors prendre une tournure clinique », J. MAÎTRE, « Les deux sœurs », *Genèses*, n° 24, 1996, p. 33 et 35-36.

d'anorectiques modernes de se modeler sur la minceur<sup>34</sup>. » La conclusion de J. Maître réaffirme de ce fait la nécessité d'aller trouver un « sens profond » au-delà du social : « Ma démarche reste orientée par son vecteur initial : la mystique affective féminine catholique du XII<sup>e</sup> siècle à nos jours. Elle donne à entendre des rémanences socioculturelles, comme l'ascèse reposant sur le dualisme âme/corps, et des modèles très variés en circulation, autant que l'affleurement d'une source inconsciente dont l'écoulement aboutit à un delta très ramifié [...]. La disponibilité psychanalytique pour accueillir le sens profond des discours anorectiques, au-delà des argumentations socialement admissibles, pourrait aussi en bénéficier<sup>35</sup>. »

Là encore, et ce malgré une volonté d'articuler sociologie et psychanalyse, la société ne fournit que des « argumentations socialement admissibles ». C'est d'ailleurs dans cette même optique que J. Maître revient à maintes reprises, dans l'ouvrage, sur la nécessité « de ne pas définir le syndrome à partir de la détermination qu'affirme l'anorectique moderne de se modeler sur un idéal de minceur<sup>36</sup> », mais bien par « le refus d'assumer l'apanage des femmes dans la transmission de la vie [en note : “Dès 1940, certains psychanalystes pointaient comme *noyau* de l'anorexie l'angoisse d'être mère un jour”] et par une maltraitance à l'égard de son propre corps, analogue à la maltraitance d'un nourrisson ; l'anorectique brise l'enchaînement corporel de la lignée féminine en niant les besoins qui faisaient originellement sa dépendance totale des soins maternels<sup>37</sup> ». Ainsi, même si la référence psychanalytique est censée ne pas postuler d'« universalité chronologique ou anthropologique, ni un modèle transcendant les modulations idéologiques mises à jour en sociohistoire<sup>38</sup> », la sociohistoire ne fournit que des « modulations » qu'il faut savoir dépasser. Le « noyau », déjà présent dans la note de la page 8, se situe en effet ailleurs : « Les traits communs [entre mystiques et patientes] ne ressortissent pourtant pas nécessairement à une pathologie [...]. On peut s'interroger sur une question plus large, prenant en compte la diversité des réalisations historiques de *façons anorectiques d'être au monde*, dont le noyau aura été défini à partir de

---

34. J. MAÎTRE, *Anorexies religieuses, anorexie mentale*, op. cit., p. 24.

35. *Ibid.*, p. 189-190.

36. *Ibid.*, p. 51.

37. *Ibid.*, p. 8-9, je souligne.

38. *Ibid.*, p. 188.

considérations psychanalytiques<sup>39</sup>. » On retrouve donc un modèle finalement équivalent, sous ce rapport, à celui évoqué plus haut à propos des approches plurifactorielles : le social, le sociologique ou le sociohistorique ne sont définis que comme extérieurs, et de ce fait nécessairement subordonnés, à un « noyau » qui leur échappe, et soumis à une assignation à résidence analogue.

« Et est-ce qu'on ne peut pas imaginer que la psychopathologie pourrait englober la sociologie et l'anthropologie ? » m'avait demandé, lors de mon travail de terrain, un psychiatre de la clinique C [JT]. Certes, on le peut, et on vient de voir que certaines approches s'y essayent. Dans ce travail, on s'efforcera toutefois d'« imaginer » autre chose et même de ne pas mobiliser les différentes formes de la psychopathologie en tant qu'outil. Il ne s'agit pas d'une position de principe contre la pratique relativement répandue en sociologie de faire appel par exemple à la psychanalyse pour l'étude de certains objets, mais simplement d'une tentative *ad hoc* et pratique de donner sa chance à l'approche sociologique sans la limiter d'emblée à n'être qu'une approche contextualisante et sans l'assigner à résidence dans un domaine de faits qui seraient définis *a priori* par leur caractère « social ». Pas de « place du social » donc, entendue comme l'adjonction du social à d'autres facteurs, mais une brèche pour la sociologie comme construction d'un dispositif d'enquête et d'une application d'un point de vue propres. C'est cette brèche que le travail de terrain, dont on a exposé ici certains des enjeux méthodologiques, a permis d'ouvrir.

---

39. *Ibid.*, p. 8, italiques de l'auteur.

*II*

---

*La carrière anorexique*



---

## « Transformer les individus en activités »

Comme on a pu le mettre en évidence plus haut, les discours savants sur l'anorexie tendent à assigner une place et une fonction bien délimitées à l'analyse sociologique : rendre compte du « recrutement » des anorexiques en termes historiques – pourquoi aujourd'hui ? – et sociaux – le genre, la classe sociale, l'âge, tout particulièrement –, c'est-à-dire des dimensions épidémiologiques et du contexte social de l'anorexie. Le type de sociologisation le plus évident consiste alors à partir des données quantitatives épidémiologiques et à tenter d'expliquer les délimitations spécifiques de ce recrutement à partir des entretiens. C'est d'ailleurs la tâche qu'assigne l'historienne sociale J. J. Brumberg aux sciences sociales, en distinguant l'analyse du recrutement, justiciable d'approches sociologiques et historiques (quelles sont les conditions historiques et sociales qui font que la maladie peut apparaître à un moment donné du temps et dans une partie précise de l'espace social ?), et celle de la carrière individuelle, qui doit laisser place à la biologie et à la psychologie : « Une personne peut se mettre à réduire son alimentation pour des raisons esthétiques et sociales liées au genre, à la classe sociale, à l'âge et à ses goûts. Ceci constitue la phase initiale de "recrutement" [...]. Le régime de cette personne se déplace sur l'échelle qui va du normal à l'obsessionnel à cause d'autres facteurs, à savoir des problèmes émotionnels liés à la personnalité et des raisons physiologiques et biologiques qui lui sont propres [...]. On peut distinguer conceptuellement deux étapes dans l'anorexie mentale. La première fait intervenir le contexte socioculturel ou le

“recrutement” de l’abstinence alimentaire. La seconde comprend la “carrière” d’anorexique qui en découle et inclut des changements physiologiques et psychologiques qui conditionnent l’individu à la privation de nourriture. La seconde phase est évidemment l’affaire des professionnels de la médecine et de la santé mentale parce qu’elle est relativement identique d’un individu à l’autre et historiquement invariante<sup>1</sup>. »

Que cette division, tout à la fois de l’objet et du travail scientifique sur cet objet, puisse être un produit de l’assignation d’une place pour les sciences sociales évoquée plus haut se manifeste également dans une note du même auteur sur cette opposition entre recrutement et carrière : « Cette distinction entre recrutement et carrière est apparue au cours de conversations avec le Dr William Bennett dont la connaissance de la littérature médicale (et la sensibilité aux questions historiques) m’a permis de mieux comprendre les relations entre étiologie et symptômes<sup>2</sup>. » C’est en effet certainement sa « connaissance de la littérature médicale », plus que sa « sensibilité aux questions historiques », mise de manière révélatrice entre parenthèses, qui peut avoir ainsi amené ce médecin à proposer, par cette distinction d’objets, en réalité une division du travail scientifique cantonnant les sciences sociales à l’analyse d’un contexte de recrutement. Il est piquant que le terme utilisé pour désigner l’espace réservé aux professionnels de la médecine et de la santé mentale puisse être celui de « carrière », dont la postérité sociologique tient précisément à son pouvoir d’annexion et d’objectivation d’objets étrangers à l’analyse sociologique – comme on l’a évoqué en introduction –, d’*outsiders*, justement, du domaine des faits évidemment sociaux.

## L’anorexie comme activité

Dans la mesure où il s’agissait de travailler sur l’anorexie *en pratiques*, on ne pouvait accepter de se soumettre ainsi à cette division du travail. Or, rompre avec cette dernière implique de laisser dans un premier temps de côté la question du « qui » – « qui sont les anorexiques ? » – pour poser celle de l’activité – « que font-elles ? » Il devient alors possible non seulement de

---

1. J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, op. cit., p. 38-40.

2. *Ibid.*, note 72 p. 293.

décrire ce qu'elles font d'un point de vue sociologique, mais aussi de reformuler de manière interne (et à partir des processus que l'on dégagera) la question des propriétés sociales des anorexiques.

En faisant ainsi de l'activité anorexique l'objet de ce premier mouvement d'analyse, et en renonçant à faire intervenir d'emblée des traits de l'identité comme facteurs explicatifs, on retrouve une posture épistémologique pratique proposée par H. Becker dans sa recension des « ficelles du métier » du sociologue interactionniste, celle qui consiste à « transformer les individus en activités » : renoncer aux typologies de personnes où ce sont les caractéristiques psychologiques ou sociales propres à ces personnes qui jouent le rôle de cause, en dernière instance, de leur actions, pour leur substituer l'analyse de types de conduites dans lesquelles s'engagent ces personnes sous certaines conditions. Le cas de l'opiomanie, étudié par A. Lindesmith, ou celui de la consommation de marijuana, travaillé par H. Becker, sont emblématiques de la posture à l'œuvre dans cette stratégie de construction d'objet : « Lindesmith n'a pas présupposé qu'il y aurait des types de gens qui deviendraient opiomanes ; il a au contraire posé l'hypothèse qu'il existe un type de conduite addictive auquel les gens sont susceptibles de se livrer lorsque certaines circonstances sont réunies. Il a ainsi étudié des conduites addictives, et non pas des drogués. De même, dans mes propres travaux, j'ai parlé de l'usage de marijuana vu comme un type d'activité, et non pas d'usagers de marijuana vus comme un type de personnes [...]. Placer les gens sous un type est une manière de rendre compte de la régularité de leurs actes ; placer les situations et les ensembles d'activités sous des types en est une autre, bien différente. En se concentrant sur les activités plutôt que sur les gens, on se force à s'intéresser au changement plutôt qu'à la stabilité, à la notion de processus plutôt qu'à celle de structure<sup>3</sup>. » Cette formulation pragmatique ne doit pas tromper : c'est bien un renversement de perspective et une posture conquérante, voire hégémonique, qu'H. Becker propose alors, une méthode visant à conquérir de nouveaux objets en assurant une rupture importante avec « un des plus grands ennemis de la sociologie », les conventions tant communes que scientifiques :

---

3. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, Paris, 2002 (1998), p. 88-90.

« Chaque sujet que nous étudions a déjà été étudié par une foule de gens ayant eu une multitude d'idées personnelles sur la question, et est en outre le domaine de gens qui habitent réellement ce monde, qui ont leur propre idée sur lui, ainsi que sur le sens qu'il faut donner aux objets et événements qu'on y observe. Ces experts par profession ou par appartenance à un groupe donné jouissent en général d'un monopole sur "leur" sujet, qui ne souffre aucun examen ni aucune remise en question. Les nouveaux venus sur un sujet donné peuvent facilement se laisser aller à adopter telles quelles les idées conventionnelles et les prémisses des travaux de leurs prédécesseurs [...]. C'est pourquoi nous avons besoin de moyens pour élargir le champ de notre pensée, pour voir les autres choses que nous pourrions penser, les autres questions que nous pourrions poser, pour accroître la capacité de nos idées à s'affronter à la diversité de ce qui se passe dans le monde<sup>4</sup>. » La notion de carrière, comme on le verra, est précisément l'une de ces méthodes de rupture et d'analyse.

C'est à un même déplacement des traits explicatifs de l'identité à l'activité que semble appeler M. MacSween dans *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa* qu'elle désigne comme une « analyse pleinement sociologique de l'anorexie », où la sociologie est adoptée « dans toute son ampleur », à la différence des perspectives qui « ajoutent » simplement une dimension sociologique à des analyses avant tout psychologiques où « c'est un problème psychologique de la "préanorexique" qui explique l'anorexie<sup>5</sup> ». Elle se donne dès lors pour tâche de faire une étude détaillée de « ce que font les femmes anorexiques », en montrant que « les significations de l'anorexie sont exprimées dans, et non pas "sous" le symptôme lui-même<sup>6</sup> ». Cependant, les résultats qu'elle tire de son enquête (des entretiens avec huit anorexiques et une boulimique, ainsi qu'une enquête postale) peuvent décevoir par rapport à ce projet initial. Ce que « font » les anorexiques pour M. MacSween, c'est en effet rechercher une « solution » à l'« irréconciliabilité de l'individualité et de la féminité » : « Dans le symptôme anorexique les femmes tentent de synthétiser des

---

4. *Ibid.*, p. 30-31.

5. M. MACSWEEN, *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*, Routledge, Londres, 1993, p. 1-2.

6. *Ibid.*, p. 5.

éléments contradictoires de leur position sociale par la création d'un corps anorexique », qui est alors « possédé en propre » et « sans besoins<sup>7</sup> » ; « la déconstruction de l'appétit féminin est donc le processus central de l'anorexie : c'est à la fois l'objectif et la méthode<sup>8</sup> ». L'analyse des actions aboutit donc en fait à un symbolisme qui la trahit, et dont il s'agit de s'émanciper dans l'étude des activités.

Ce passage par l'activité constitue sans doute une forme paradoxale d'application du point de vue sociologique, dans la mesure où l'épidémiologie et ses résultats tendent en quelque sorte les bras à une analyse sociologique du recrutement. Mais il faut commencer par là pour se donner les moyens de rompre avec une division du travail qui engage la sociologie à ne se préoccuper que de ce qui est commun à un groupe d'individus et de ce qui est contextuel, et pour se situer, par opposition, au cœur d'un processus (et non simplement au niveau de son contexte) et de ses variations. Plutôt que d'envisager l'anorexie comme un état ou une personnalité, on fera apparaître dans quelle mesure, pour « être » anorexique, il faut « faire » certaines choses.

Ce n'est donc que dans un deuxième temps, et par un deuxième mouvement d'objectivation – dans la troisième partie –, que l'on pourra se poser la question du « qui » : « qui faut-il qu'elles soient pour faire ce qu'elles font ? » et envisager dans quelle mesure « ce qu'elles font » n'est pas dissociable de « ce qu'elles sont » en termes de conditions sociales de possibilité. Cette deuxième partie aura mis en évidence une activité particulière – l'anorexie comme travail de transformation de soi ; la troisième pourra alors se poser la question de la situation de cette activité dans l'espace social, et faire de l'anorexie un processus socialement situé par la position des personnes qui s'y engagent. Sans la troisième partie, la deuxième partie est aveugle ; mais sans la deuxième partie, la troisième partie est vide.

À ce principe central d'élaboration de cette deuxième partie (considérer l'activité anorexique) s'en ajoutent d'autres qui lui sont corrélés. Tout d'abord, il s'agit de partir du terrain lui-même, et plus précisément des entretiens réalisés, pour faire émerger et décrire cette activité. En effet, le point de vue de

---

7. *Ibid.*, p. 248.

8. *Ibid.*, p. 5.

l'activité est tout autant méthodologique que théorique : il implique de partir des récits et catégories du terrain, et non de les utiliser de manière illustrative. Ce qui ne signifie pas, loin s'en faut, que le sociologue est un simple passeur naïf des discours obtenus, qu'il ne « sait » rien d'autre que ce qu'il recueille, mais que, du moins dans un premier temps, son savoir tient surtout à la constitution d'un terrain par la réunion et l'analyse de points de vue différents : « Les sociologues savent bel et bien des choses que les gens qu'ils étudient ignorent. Mais ce postulat est vrai d'une manière qui ne le rend ni injustifié ni méprisant [...]. Ils (ou au moins quelques-uns d'entre eux) étudient bien plutôt le vécu d'un grand nombre de gens, dont les expériences, tout en se recoupant, ne sont pas identiques. Hughes disait souvent : "Il n'y a rien que je sache qu'au moins un des membres de ce groupe ne sache également, mais, comme je sais ce qu'ils savent tous, j'en sais plus que n'importe lequel d'entre eux"<sup>9</sup>. »

Il s'agit donc d'étudier ce que les interviewées font, ou ont fait, et ce de leur point de vue. Mais il s'agit également de prendre la mesure des interactions dans lesquelles s'inscrit cette activité, et de prendre en compte ce que font les autres, autour d'elles, avec elles, contre elles, voire sur elles.

## Une « carrière » anorexique

La notion de carrière, telle qu'elle a été introduite par E. Hughes, puis reformulée et utilisée par H. Becker et E. Goffman, permet ainsi de « transformer les individus en activités », en prenant en compte le point de vue des interviewées *et* en opérant la rupture requise avec les conceptions tant des « experts par profession » que des « experts par appartenance à un groupe donné » que sont les interviewées. C'est d'ailleurs l'un des grands apports de cette notion que de pouvoir être utilisée à la fois comme un outil garantissant le caractère fondé empiriquement de l'analyse et comme un instrument d'objectivation.

L'application d'une optique en termes de carrière à des domaines autres que le domaine professionnel est attribuée à

---

9. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier*, op. cit., p. 166.

E. Hughes<sup>10</sup>. De fait, les textes qu'il consacre à cette notion avancent une définition générale de la carrière qui n'est pas seulement spécifiée par son rapport avec les « professions » : « Le mot "carrière" a lui-même une carrière. Terme employé jadis pour désigner un terrain de course, il a pris le sens figuré d'un bref galop mené à bride abattue, voire d'une charge de cavalerie ; il désigne aussi le vol vif d'un oiseau fondant sur sa proie, et la course du soleil et des étoiles dans le ciel : de là aussi le sens de grande vitesse ou d'élan. Ces sens, qui sont tous obsolètes, ont laissé place à celui-ci : "parcours ou progression d'une personne au cours de la vie (ou d'une partie donnée de celle-ci)"<sup>11</sup>. »

En ce qui concerne l'étude des professions, l'usage de la notion de carrière par E. Hughes a pour conséquence d'« introduire la durée là où auparavant les professions sont saisies synchroniquement et toutes faites<sup>12</sup> », mais il s'agit plus généralement d'envisager les phénomènes analysés comme des *processus*. Cette prise en compte de la dimension temporelle se manifeste par ce qu'on pourrait qualifier de « séquençage » de la carrière : il s'agit de repérer, dans des phénomènes qui ne sont pas, ou pas toujours, présentés chronologiquement<sup>13</sup>, un fil temporel qui distingue des « moments », des « étapes », ou des « phases » de la carrière<sup>14</sup>. En ce sens, on peut même dire que

---

10. « Hughes ne limite pas l'usage de la notion de carrière au seul domaine du travail, il l'élargit, là aussi, le champ de la comparaison, en évoquant les carrières dans des organisations religieuses, politiques et philanthropiques, les carrières des femmes dans la famille, ainsi que les carrières des personnes traitées dans les institutions médicales », J.-M. CHAPOULIE, *La Tradition sociologique de Chicago*, Seuil, Paris, 2001, p. 238-239.

11. E. C. HUGHES, *Le Regard sociologique : essais choisis*, Éditions de l'EHESS, Paris, 1996, article « Carrières... » p. 175.

12. J.-M. DE QUEIROZ, M. ZIOTKOWSKI, *L'Interactionnisme symbolique*, PUR, Rennes, 1994, p. 68.

13. De fait, il s'agit bien de *construire* des phases, et ce même lorsque l'entretien commence par une présentation chronologique de l'expérience et que l'ordonnement du discours semble d'emblée chronologique. Dans une annexe méthodologique de *Uncoupling. Turning Points in Intimate Relationships*, Oxford University Press, Oxford, 1986, D. Vaughan évoque le travail de codage et de mise en forme qui est nécessaire pour constituer, à partir des entretiens, l'ordre chronologique des différentes phases. Dans le cas des entretiens réalisés à l'hôpital, le « récit de cas d'anorexie » joue comme forme d'ordonnement, y compris chronologique, on le verra. Néanmoins, sa force d'imposition dépasse rarement les premiers moments et les premières pages des entretiens. Au travail d'objectivation par rapport à ce modèle médical du cas, a donc dû s'ajouter un travail de codage similaire à celui décrit par D. Vaughan.

14. « Plutôt que d'"étape", sans doute serait-il plus adéquat de parler de "moment", pour bien marquer l'enchevêtrement chronologique des choses et les interactions entre tous les temps du cycle », J.-M. DE QUEIROZ, M. ZIOTKOWSKI, *L'Interactionnisme symbolique*, op. cit., p. 105-106. On préférera ici le terme de « phase » pour marquer cet

le séquençage des carrières étudiées constitue en lui-même un résultat fondé sur l'analyse du terrain qui, dans chaque cas, établit tout en l'utilisant cette dimension temporelle. C'est tout particulièrement le cas dans le modèle séquentiel de la déviance proposé par H. Becker, qu'il oppose à une « analyse multivariée » où toutes les causes agissent au même moment<sup>15</sup>. La question de la possibilité (« comment quelque chose était ou est devenu possible ») devient première par rapport à celle de la nécessité (« pourquoi quelque chose était ou est devenu nécessaire »), tout comme l'histoire remplace épistémologiquement les causes : « Considérez que ce que vous étudiez n'est pas le résultat de causes, mais le résultat d'une histoire<sup>16</sup>. » Cette histoire sera retracée ici à partir de la construction de quatre phases dans la carrière anorexique : l'engagement dans une « prise en main », le maintien de l'engagement, le maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance, et la phase finale de « prise en charge » hospitalière.

### Trois pistes dialectiques

Loin d'être un schéma réducteur, la notion de carrière permet de faire tenir ensemble des éléments d'analyse apparemment contradictoires. On utilisera en particulier trois des pistes dialectiques qu'elle permet de tracer : entre le « faire » et le « être fait », la récurrence et les variations, l'accomplissement d'un acte et les réactions qu'il suscite.

À la prise en compte de l'aspect temporel des processus, la notion de carrière ajoute la possibilité d'articuler, dans leur étude, la « situation officielle de l'individu » et ses « significations intimes », selon E. Goffman<sup>17</sup>, ou encore, dans les termes de H. Becker<sup>18</sup>, les « faits objectifs relevant de la structure sociale » et les « changements dans les perspectives [...] de

---

enchevêtrement, dans la mesure où le terme de « moment » est celui qui est utilisé par les interviewées, et que les phases que l'on peut dégager des entretiens ne coïncident pas toujours avec leur définition des « moments ».

15. H. S. BECKER, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 (1963), p. 46.

16. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier*, op. cit., p. 109-111.

17. E. GOFFMAN, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1968 (1961), p. 179.

18. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 47.



l'individu<sup>19</sup> ». Adopter un point de vue en termes de carrière, c'est donc « se contraindre à examiner les effets dans le temps et sur un individu de la conjonction de deux processus distincts : celui de la fabrication et de l'imposition des normes, celui de la socialisation et de la construction identitaire. La description par Goffman de l'"itinéraire moral" des reclus en est l'équivalent conceptuel. Lui aussi nous fait voir dans les interactions asilaires le croisement de deux structures, celle de l'institution et celle d'une biographie. Si, comme l'écrit Hughes, "la société est interaction", le concept de "carrière" spécifie cette définition générale : il exhibe le produit concret de ce que les acteurs font en étant faits<sup>20</sup> ». La question de l'apprentissage est au cœur de cette dialectique entre le « faire » et le « être fait », et il ne faut pas s'étonner qu'elle tienne une place si importante dans l'analyse de la carrière du fumeur de marijuana, ou, on le verra, de la carrière anorexique. Pour faire, il faut avoir appris à faire, c'est-à-dire qu'il faut avoir été fait : l'apprentissage fait le lien entre l'imposition des normes et des identités et la socialisation, d'une part, l'activité d'autre part, et la pratique devient le lieu privilégié d'observation de cette combinaison.

Une deuxième piste concerne les relations dialectiques entre récurrence et variations. De ce point de vue, une perspective en termes de carrière s'assigne deux objectifs : tout d'abord, montrer ce qui est commun aux divers individus engagés dans une même carrière en faisant émerger et en construisant des phases communes aux diverses expériences individuelles. Mais il s'agit également de repérer, au sein de ces phases communes, les variations qui peuvent s'y trouver. Ces deux objectifs donnent lieu à des résultats. Le premier permet d'objectiver la diversité des expériences en démontrant l'existence d'un ordre temporel et social : « Dans chaque société, la vie des individus se déroule selon un certain ordre. Cet ordre est pour une part choisi, manifeste, voulu et institutionnalisé ; mais pour une autre part il existe aussi en dehors de la conscience des

---

19. Voir par exemple sur ce point J.-C. PASSERON, *Le Raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Nathan, Paris, 1991, p. 204 : la notion de carrière permet de « saisir, par une description à la fois interprétative et explicative, le sens indissociablement subjectif et objectif que prend après coup comme *carrière* (pour le sociologue mais aussi sous le regard rétroactif du sujet) une succession d'actions » et de « comprendre l'aspect indissociablement contraignant, non voulu (objectif) et vécu comme personnel (subjectif) d'une biographie ».

20. J.-M. DE QUEIROZ, M. ZIOTKOWSKI, *L'Interactionnisme symbolique, op. cit.*, p. 69.

intéressés, jusqu'à ce qu'une enquête le mette en évidence<sup>21</sup>. » Cette dernière citation d'E. Hughes possède un accent pratiquement durkheimien : l'« ordre » dont il est question est une réalité quasi *sui generis*, pour reprendre un terme cher à Durkheim, existant pour une part « hors de la conscience » des individus, et ne devenant visible que par l'opération méthodologique consistant à agréger et à fondre les expériences individuelles, comme dans le cas de l'agrégation statistique. Un deuxième objectif centré sur la prise en compte des variations s'éloigne cependant de ce modèle. Les variations ne sont pas analysées, comme c'est le cas chez Durkheim, comme des classes de variations à expliquer, mais bien comme la manifestation du caractère unique, mais toujours social, des expériences individuelles : « L'étude des carrières a pour objet la dialectique entre ce qui est régulier et récurrent d'un côté, et ce qui est unique de l'autre<sup>22</sup>. » De là découle la forme particulière des analyses en termes de carrières, peut-être déroutante de prime abord : au cours des phases communes, les variations peuvent être présentées pour elles-mêmes, sans qu'elles soient nécessairement expliquées. Par exemple, dans l'analyse que fait R. Ekins des processus de travestissement et de changement de sexe, la première phase est celle du « commencement » des pratiques, et le processus commun est celui de l'infraction à une norme et de la gestion des secrets, stigmates et informations qui s'ensuivent. Mais R. Ekins analyse aussi, et ce sans les expliquer, la grande variété de ces commencements : ils peuvent arriver par hasard ou volontairement, dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, en solitaire ou accompagné, les vêtements peuvent appartenir à d'autres personnes ou avoir été achetés, etc. Plus généralement, cette dialectique entre la récurrence et les variations est perceptible dans la façon dont R. Ekins présente en introduction l'objet et le résultat de sa recherche : « La féminisation masculine [*male femaling*] a émergé comme le processus social unique et important étudié dans cette recherche : elle était envahissante et fondamentale, prenait des formes déterminées, se déroulait dans le temps indépendamment des variations de lieu. À partir de ce moment, j'ai trouvé de plus en plus éclairant de conceptualiser les hommes

---

21. E. C. HUGHES, *Le Regard sociologique*, op. cit., article « Carrières, cycles et tourments de l'existence », p. 165.

22. *Ibid.*, article « Carrières... » p. 176.

travestis ou transsexuels comme des hommes qui “se féminisent” de différentes manières, dans différents contextes et à différents moments, avec différentes mises en scène et différentes conséquences. Je pouvais me concentrer sur des types de comportements et non de personnes<sup>23</sup>. » Il y a donc deux résultats, correspondant à deux objectifs : la mise au jour d’un processus social unique, mais également l’insistance sur les variations de manières, contextes, moments, mises en scène et conséquences de ce processus, considérés non comme des données à expliquer mais comme le résultat d’une étude des variations. En ce sens, si l’analyse de la carrière pourrait apparaître comme une version qualitative d’une approche durkheimienne – faire émerger un fait social par une opération d’agrégation méthodologique –, cette deuxième dimension en revanche l’en éloigne : toutes les variations ne sont pas à expliquer causalement.

À l’analyse de ces deux dialectiques entre faire et être fait, récurrence et variations, l’usage de la notion de carrière en ajoute une troisième, entre l’accomplissement d’un acte donné et les réactions qu’il suscite. Comme on le verra plus loin en abordant la question de la déviance, la notion de carrière amène à faire une place particulièrement importante non seulement à ce que « font les acteurs en étant faits » mais à ce que font d’autres acteurs, eux-mêmes également « faits », par rapport à ce qui est fait, contribuant alors à définir ce qui est fait. Toute analyse en termes de carrière est certes élaborée à partir du point de vue des individus qui s’engagent dans celle-ci, et elle est centrée sur ce point de vue. Toutefois, ce qui est prioritairement recherché et travaillé, c’est la marque laissée sur l’individu par les ensembles d’interactions dans lesquels il s’inscrit : le groupe déviant et les « entrepreneurs de morale » pour H. Becker, la famille, les agents du circuit médical, psychiatrique et du travail social et les autres patients chez E. Goffman. En ce sens, tout processus est une imbrication d’interactions, même s’il est envisagé à partir d’un point de vue situé.

Les trois pistes dégagées ci-dessus vont donc guider l’analyse de la carrière anorexique. De plus, la carrière peut constituer également un outil intéressant en ce qui concerne la présentation des données et la description des phénomènes

---

23. R. EKINS, *Male Femaling. A Grounded Theory Approach to Cross-Dressing and Sex-Changing*, Routledge, Londres, 1997, p. 2.

étudiés : ainsi pourra-t-on à la fois livrer à la lecture une part importante du matériau recueilli lors des entretiens réalisés et poursuivre le travail d'analyse de la situation d'entretien. Mais l'usage du terme de carrière n'implique pas de se soumettre à tous les présupposés théoriques de la notion. Plus particulièrement, l'un des présupposés importants des analyses en termes de carrière, voire de carrière déviante, est celui selon lequel tout individu est susceptible d'entrer dans une carrière donnée, ou du moins que l'analyse ne doit pas porter sur des caractéristiques personnelles et sociales considérées comme causes de l'engagement. Il ne sera pas repris ici dans la mesure où la troisième partie tentera justement d'établir les conditions sociales de possibilité du passage par une telle carrière. En revanche, on accordera une importance particulière aux processus de sortie de carrière, en retrouvant ainsi un corollaire important du présupposé précédent : l'affirmation selon laquelle la dynamique interne de la carrière – sa force d'entraînement pour ceux qui s'y engagent – s'accompagne également de tout un ensemble de possibilités de « sorties » de carrière. Dans la mesure en effet où ce n'est pas un type de personnalité mais un type d'activité qui définit la carrière, on ne peut présupposer que, une fois engagés dans une carrière donnée, les individus n'ont d'autre possibilité que de s'y maintenir. Les sorties aux différentes phases, tout comme les entretiens effectués avec des lycéennes « non anorexiques » seront utilisés comme une comparative et comme manière d'administrer la preuve de ce que font les unes que font, ou ne font pas, les autres.

### *Carrière et trajectoire*

Les notions de « trajectoire », telles qu'elles ont été théorisées de manière pourtant très différente par A. Strauss et P. Bourdieu, auraient pu être utilisées pour rendre compte de l'activité anorexique comme processus pratique et temporel. Cependant, au fur et à mesure de l'analyse, il est apparu que la notion de « carrière » rendait mieux compte du type de dynamique à l'étude. Dans l'introduction de *La Trame de la négociation*, I. Baszanger retrace les différentes définitions et usages de la notion de trajectoire par A. Strauss. Appliquée aux maladies chroniques, elle permet « une posture réflexive qui ne parte pas de la maladie – phénomène biologique – mais du

travail, quel qu'il soit, pour la gérer – phénomène social<sup>24</sup> ». Ce déplacement peut être rapproché de celui « opéré par Becker à propos de la déviance puisqu'il s'agit ici pour Strauss de la formulation d'un point de vue autonome des sciences sociales sur les maladies chroniques<sup>25</sup> » : « Le terme de *trajectoire* a pour les auteurs la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'*organisation du travail* déployée à suivre ce cours [...]. Pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui y travaillent (y compris, le cas échéant, les parents proches et le malade)<sup>26</sup>. » Plus généralement, « une trajectoire renvoie au cours d'un phénomène et à l'action entreprise dans la durée pour en gérer le déroulement, le traiter et le mettre en forme<sup>27</sup> ». Dans le cas des trajectoires de maladie, la notion de trajectoire permet donc l'analyse du « travail conjugué comme action<sup>28</sup> », auquel participe le malade lui-même. Ce type d'approche, ici à peine esquissé, aurait parfaitement pu être appliqué à l'analyse du traitement hospitalier de l'anorexie. Il semble moins directement utile au type de terrain et à l'objet de cette approche sociologique de l'anorexie. Tout d'abord, le montage du dispositif d'enquête n'a pas eu pour but d'observer ou de reconstituer les différents points de vue et les différentes actions entreprises autour de l'anorexie. Le point de vue central pris en compte est celui des patientes interrogées, et si l'existence d'un travail conjugué peut apparaître, c'est, on le verra, plus contre la patiente que dans la continuité de son propre travail – du moins avant la phase hospitalière, où le travail de la patiente peut rejoindre celui de l'équipe et où l'on peut retrouver une situation où une analyse en termes de trajectoire serait très pertinente. En anticipant sur les résultats de cette deuxième partie, on peut dire que l'anorexie est moins l'objet d'un travail d'équipe qu'un véritable travail solitaire, ce qui limite l'intérêt de l'usage de la notion de trajectoire. De plus, cette notion appliquée aux

---

24. I. BASZANGER, introduction à A. STRAUSS, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris, 1992, p. 30.

25. *Ibid.*, p. 30.

26. A. STRAUSS, *op. cit.*, p. 143-144.

27. J. CORBIN, citée par I. Barzanger, *op. cit.*, p. 36.

28. *Ibid.*, p. 36.

maladies chroniques a pour particularité de faire apparaître la participation du patient lui-même au travail conjugué pour gérer la maladie physiologique. La notion de carrière, en revanche, peut permettre de poser directement la question de ce qu'on pourrait nommer dès maintenant, de manière peut-être provocatrice à ce stade, le travail de production par les anorexiques elles-mêmes de ce qui est étiqueté comme anorexie. La « maladie » dont il est question n'est pas incidente puis gérée, comme dans le cas des maladies chroniques étudiées par A. Strauss. La perspective est ici de se pencher, en deçà même du processus diagnostique, sur l'engagement dans l'anorexie (et non par exemple sur le « traitement hospitalier des anorexiques ») et, de ce point de vue, la notion de carrière offre plus de ressources que celle de trajectoire telle qu'elle est définie par A. Strauss.

La notion de « trajectoire » est caractérisée de manière très différente par P. Bourdieu, qui insiste tout particulièrement sur la dimension spatiale de ce type de processus dynamiques temporels. Il définit la notion de trajectoire en rupture avec l'« artefact » que constitue l'« histoire de vie » et le « privilège accordé à la succession longitudinale des événements constitutifs de la vie considérée comme histoire par rapport à l'espace social dans lequel ils s'accomplissent<sup>29</sup> ». La notion de « trajectoire » amène donc à considérer la « série des *positions* successivement occupées par un même agent (ou un même groupe) dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations », et non à « essayer de comprendre une vie comme une série unique et à soi suffisante d'événements successifs sans autre lien que l'association à un "sujet" dont la constance n'est sans doute que celle d'un nom propre<sup>30</sup> ». Une carrière n'est pas non plus la stricte analyse d'une « histoire de vie », dans la mesure importante déjà où il ne s'agit pas d'envisager une « série unique » mais bien de faire émerger, comme on l'a dit, un ordre collectif. En revanche, il s'agit bien ici d'essayer de comprendre des événements successifs sans autre lien que l'association à un diagnostic (en l'occurrence), tout en sachant pertinemment qu'un travail de sélection de ces événements a eu lieu, en amont de l'entretien, lors de la rencontre avec le monde

---

29. P. BOURDIEU, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 71.

30. *Ibid.*, p. 71.

médical. Mais il ne s'agira que d'un premier mouvement d'objectivation. En effet, si l'on analyse d'abord la dimension pratique et temporelle du processus étudié, on s'attachera ensuite à resituer ce processus dans l'espace social. Même si ces deux approches ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, il faut bien pourtant analytiquement les distinguer avant de pouvoir les rassembler. Pour reprendre une distinction pourtant faite de manière critique par P. Bourdieu dans ce même article, il s'agira de « rendre raison d'un trajet dans le métro » avant de « prendre en compte la structure du réseau, c'est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations<sup>31</sup> ». Cette métaphore du « trajet dans le métro » peut apparaître comme fort pertinente pour désigner la notion de carrière : un parcours, marqué par des séquences (entre deux stations) et des points d'option (à chaque station) ; une fois que l'on est monté dans une rame, il n'est pas obligatoirement facile d'en descendre, mais la sortie en est possible, notamment aux moments des points d'option, à partir desquels on peut arrêter le trajet ou changer de direction. D'une séquence à l'autre, la scène sociale se modifie (il y a plus ou moins de monde dans la rame, ce ne sont pas les mêmes personnes qui sont présentes d'une séquence à l'autre, on peut être assis ou debout, se faire reprocher d'être assis à un moment mais non à un autre, etc.). Ainsi, si le terme de carrière ne restitue pas la matrice des relations objectives entre les stations, il permet néanmoins d'approcher un monde logiquement plus restreint que l'espace social, à savoir l'espace local des interactions (pas seulement de face-à-face), qui, pour finir de filer la métaphore, n'englobe pas seulement les voyageurs d'un wagon donné qui accompagnent l'individu mais également les agents du métro, le conducteur de la rame, les publicitaires ayant produit les affiches qui ornent les murs de la station, etc. C'est à l'étude de ce voyage en métro que cette deuxième partie est consacrée ; la structure du réseau sera envisagée dans une troisième partie.

---

31. *Ibid.* Pour une analyse critique de la métaphore du métro et une comparaison des schémas de la carrière et de la trajectoire, voir J.-C. PASSERON, *Le Raisonnement sociologique*, op. cit., chap. 8.

## Une carrière « déviante »

La carrière présentée ici peut-elle être considérée comme une « carrière déviante » ? En dehors de son application au domaine du travail et des professions, c'est en effet pour l'étude de la déviance que la notion de carrière a pu faire la preuve de son caractère heuristique. Deux principes importants de cette approche – qui constituent par ailleurs des déplacements de point de vue par rapport aux théories antérieures<sup>32</sup> – peuvent être intéressants : la « neutralité » du regard porté sur l'objet d'étude et l'attention aux phénomènes d'étiquetage et à l'effet des réactions du « public de la déviance ».

### « Mise entre parenthèses » et « mise en objet » du pathologique

Le seul usage de la notion de « carrière », appliquée hors du domaine professionnel, exigeait déjà une certaine forme de neutralité : « De ce point de vue, la carrière ne saurait être dite brillante ou décevante pas plus qu'elle ne saurait être considérée comme une réussite ou un échec<sup>33</sup>. » La notion de « carrière déviante » redouble cette exigence de neutralité : « Nous ne devons pas les [les comportements déviants] considérer comme quelque chose de particulier, de dépravé, ou, par une sorte de magie, comme quelque chose de supérieur aux autres formes de comportement. Nous devons les considérer simplement comme une forme de comportement que certains désapprouvent et que d'autres apprécient, et étudier les processus selon lesquels ces deux perspectives se constituent et se perpétuent<sup>34</sup>. »

Une posture épistémologique double est alors à l'œuvre dans ce type d'approche interactionniste de la déviance. L'enjeu est tout d'abord de mettre entre parenthèses la question de la distinction entre normalité et anormalité. De ce point de vue, il ne s'agit pas tant de dire que les déviants « sont normaux » que de les étudier comme tels, d'appliquer à l'objet étudié une approche sociologique « normale ». De plus, l'enjeu est

---

32. Sur le passage de la notion de désorganisation sociale à celle de déviance dans la tradition sociologique de Chicago, voir J.-M. CHAPOULIE, *La Tradition sociologique de Chicago*, Seuil, Paris, 2001, chap. 7, et notamment p. 278-289.

33. E. GOFFMAN, *Asiles*, op. cit., p. 179.

34. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 198.



également de reconstituer la question du normal et de l'anormal comme un objet d'étude en examinant les imputations de déviance et surtout leurs *effets* sur la conduite des individus étiquetés comme tels<sup>35</sup>. Mais cette question de la distinction entre normalité et anormalité comme processus social d'imputation ne fournit pas pour autant une réponse à la question essentialiste, qui ne fait jamais objet : ce n'est pas « parce que » les déviants sont étiquetés comme « anormaux » qu'ils « sont » en fait « normaux ».

Cette approche est commune à H. Becker et E. Goffman, même si ce dernier, on le verra, prend explicitement ses distances par rapport aux théories en termes de « déviance ». En effet, à la fois *Asiles* et *Stigmata* visent à montrer que les malades mentaux d'une part, les stigmatisés d'autre part ont des motifs et des stratégies « normaux » – au sens précis où ces motifs et ces stratégies sont justiciables d'une analyse équivalente à celle qui peut être faite sur les « normaux ». De même, chez H. Becker, l'analyse englobe l'étude des actions et compétences des entrepreneurs de morale, et celles des fumeurs de marijuana. De ce point de vue, la spécification des comportements « déviants » chez H. Becker ne se fait pas en les qualifiant de « normaux » ou d'« anormaux », mais en les présentant comme des comportements « que certains désapprouvent et que d'autres apprécient ». On procédera donc également à la *mise entre parenthèses* de la question normalité/anormalité comme question essentialiste et à la *mise en objet* de la question normalité/déviance comme enjeu de luttes, à partir du cas particulier que constitue une pathologie mentale. La carrière présentée est ainsi, sous ce rapport fondamental, une carrière déviante.

### *Réintroduire des principes de variations*

Pour rendre compte au mieux de l'objet étudié, on a cependant été amené à intégrer dans l'analyse de cette carrière déviante les critiques que différents courants interactionnistes ont eux-mêmes adressées à la notion de déviance, qui constituent autant de suggestions de déplacements ou de glissements permettant d'affiner l'analyse et de rendre la notion encore plus opératoire.

---

35. *Ibid.*, p. 203.

L'approche de la déviance préconisée par H. Becker conduit à s'intéresser tout particulièrement aux variations qui interviennent dans le processus d'étiquetage : « Il faut donc considérer la déviance sous l'angle d'une transaction entre un individu et un groupe social [...]. La frontière entre ce qui est déviant ou pas est impossible à fixer une fois pour toutes, puisqu'elle dépend non seulement de l'existence d'une norme à un moment donné dans un groupe donné, mais encore des conditions très variables de son application effective <sup>36</sup>. » Les critiques faites à la fois par E. Goffman et par A. Strauss à la notion de déviance et à son usage insistent sur l'identification d'autres principes de variations. Dans *Stigmaté*, E. Goffman ne cache pas que, selon lui, le terme de déviance a une utilité plus institutionnelle pour les sociologues que véritablement intellectuelle : « Il est remarquable de constater à quel point tous ceux qui tournent autour des sciences sociales ont été prompts à se sentir à l'aise avec ce terme de "déviant", comme si les personnes auxquelles il s'applique avaient assez en commun pour qu'il soit possible de tenir sur elles des propos généraux et sensés. De même qu'il existe des troubles iatrogènes dus au travail des médecins (et qui leur en donnent encore plus), certaines catégories d'individus se révèlent autant de créations de ceux qui étudient la société, et qui enrichissent ainsi leurs études <sup>37</sup>. » Pour E. Goffman, les différentes formes d'infraction aux normes sont trop peu homogènes pour être réunies dans une étude générale et unique de la « déviance », regroupement qui court le risque de glisser vers la substantialisation. De plus, il suggère que le « normal » et le « stigmatisé » ne sont pas, là encore, des essences mais bien les deux faces d'une même réalité : « Même le plus fortuné des normaux risque fort d'avoir son défaut à demi caché et, aussi petit soit-il, il vient toujours un moment où il ressort <sup>38</sup>. » C'est donc au nom de ce qui a été appelé plus haut la mise entre parenthèses de la question normal/anormal comme question essentialiste qu'E. Goffman critique l'application d'un type particulier d'approche, ce qui signifie ici que c'est l'approche en termes de déviance qui est accusée d'être trop particularisante et essentialiste : « Par suite,

---

36. J.-M. DE QUEIROZ, M. ZIOTKOWSKI, *L'Interactionnisme symbolique*, op. cit., p. 100.

37. E. GOFFMAN, *Stigmaté*, op. cit., p. 163, note 1.

38. *Ibid.*, p. 150.

que leur situation dans la vie soit toujours ou occasionnellement précaire, les individus forment un continuum unique et *ressortissent tous au même schéma d'analyse*<sup>39</sup>. » Une analyse en termes de stigmatisme permettrait donc d'appliquer un même schéma d'analyse à des situations très différentes, là où l'analyse en termes de déviance appliquerait un schéma particulariste à des situations différentes mais présentées comme semblables. On ne rentrera pas ici dans ce débat, mais il attire néanmoins l'attention sur l'importance de la prise en compte de tout un continuum de la gestion d'information qui est parfois, dans les théories de l'étiquetage, traité uniquement sous l'angle d'une alternative entre déviance secrète et imposition d'une étiquette qui redéfinit alors toute l'identité du déviant dans toutes ses interactions sociales. Dans le chapitre 6, on envisagera ainsi les différentes formes de gestion de l'information et les différentes formes de stigmates, les situations où l'individu est discrédité mais aussi celles où il est discréditable, et on profitera de la dynamique que la notion de stigmatisme introduit dans une théorie de l'étiquetage en permettant d'envisager tout un continuum temporel et la variation des problèmes posés par le stigmatisme selon différentes scènes sociales.

Si E. Goffman attire l'attention sur les variations qui existent parmi les « déviants » eux-mêmes et sont masquées par le terme trop général de « déviance », A. Strauss opère une critique comparable (en termes d'oubli de certaines variations dans les analyses en termes de déviance), mais cette fois-ci au niveau de la production et de l'imposition des normes. Il y ajoute un appel à la prise en compte des luttes et des conflits dans la définition des normes et des étiquettes : « Les carrières des patients à l'intérieur de l'hôpital peuvent être étudiées en termes de déviance, mais avec un bémol : la conception sociologique habituelle de la déviance est trop simple. Elle présuppose une institution relativement homogène et des actes déviants définis par rapport à un noyau relativement ferme de normes et de règles, ce qui implique des mécanismes de contrôle pour gérer les déviants et les actes déviants. Il nous semble que peu de grandes organisations possèdent des règles si homogènes ; en tout cas, ce n'est pas le cas des hôpitaux que nous avons étudiés. Ni l'institution dans son ensemble ni aucune de ses parties ne sont dominées par un unique système

---

39. *Ibid.*, p. 150, je souligne.

de valeurs [...]. Les accusations de déviance et la gestion des déviants donnent souvent lieu à des luttes qui se déploient à travers les diverses stratégies qui visent à la fois à faire tenir l'accusation et à obtenir le soutien nécessaire aux actions adéquates [...]. Le présupposé implicite de [notre] position est que la définition de la déviance est un processus continu et jamais achevé [...]. Si je résume ce que nous avons appris à partir de ces cas, je dirais que chacun montre de manière éclatante les luttes qui peuvent exister quant à la définition convenable d'une catégorie donnée d'actions<sup>40</sup>. » A. Strauss illustre en effet cette position par un travail comparatif sur quatre cas : le LSD, l'opium, les débats sur les droits des suspects interrogés par la police, et la polygamie chez les mormons. Dans ces quatre cas, il montre à la fois les débats et les redéfinitions autour du « normal » et du « légal », ainsi que l'importance, dans la définition et l'imputation de la « déviance », de la « visibilité sociale » des actes et du travail mené par divers groupes pour obtenir cette visibilité. On peut penser que, par ce texte, A. Strauss reproche aux théories de l'étiquetage de considérer trop vite que les « entrepreneurs de morale » ont, du fait de leur position, tout pouvoir, et un pouvoir consensuel, sur la définition du normal et de l'anormal.

De fait, on le verra, si les interviewées ont été interrogées à un moment de forte « visibilité sociale » de l'anorexie, l'imputation de la déviance ne s'est pas faite au même moment pour toutes et sur toutes les scènes sociales. Avoir un psychiatre dans sa famille, par exemple, est un élément de renforcement de cette visibilité sociale ; de plus, un poids donné peut être étiqueté comme déviant par le monde médical et la famille, mais non par le groupe de pairs. Sans qu'il puisse y avoir un doute sur les légitimités très différentes de ces deux groupes, cette disjonction n'en amène pas moins, comme c'était le cas plus haut avec la critique d'E. Goffman, à tenter de prendre la mesure de variations que les théories de l'étiquetage peuvent parfois réduire dans leur hâte à déterminer les effets de ce dernier.

---

40. A. STRAUSS, « A sociological view of normality », *Archives of General Psychiatry*, vol. 17, n° 3, 1967, p. 265-268.

### *Une carrière déviante spécifique*

On a donc tenté d'intégrer ces différents principes de variations dans l'approche de la carrière anorexique comme carrière déviante, qui n'en est pas moins une carrière déviante bien particulière.

Tout d'abord, l'entrée dans la carrière ne coïncide que rétrospectivement avec l'entrée dans la déviance. Quand commence la déviance dans la carrière anorexique déviante ? On le verra, « tout commence par un régime » – on reviendra néanmoins sur cette affirmation : la première phase ne serait pas une phase déviante si elle ne s'était pas continuée et n'avait pas été recodée comme telle en fin de parcours, comme le début de l'anorexie. De ce point de vue, la carrière présentée ici ne commence pas par l'infraction mais bien par la soumission à une norme, par des actes socialement souhaitables, légitimes et non désapprouvés. Se pose alors la question de ce qui va faire déviance (susciter une réaction de désapprobation sociale) dans ce cas précis. Ce ne sont en effet pas seulement des actes qui vont être étiquetés comme déviants (le fait de ne pas manger suffisamment ou de se faire vomir), mais aussi à partir d'un certain moment l'infraction au « poids normal » que constitue la maigreur et qui provient non de l'engagement lui-même dans la carrière mais du maintien de l'engagement. Même les actes étiquetés comme déviants sont en fait l'objet de luttes de définition et dépendent des scènes sociales où un même acte s'exerce : un comportement « normal » à la cantine (« toutes les filles chipotent dans leur assiette ») ne l'est plus au dîner familial. Un comportement « normal » au dîner familial (ne pas manger beaucoup) ne l'est plus une fois le poids descendu trop bas ou le diagnostic d'anorexie évoqué. Or le moment où le poids fait infraction est lui-même variable, et peut dépendre des normes locales de poids dans la famille (on le verra dans le cas de Véronique, qui évoque le fait que sa maigreur est passée inaperçue dans une famille où « les femmes sont des fils de fer »), de normes locales « professionnelles » (la maigreur d'Émilie, qui faisait de la danse, n'a été remarquée que par ses parents), de normes locales de poids de l'interviewée elle-même (Mathilde rapporte l'absence longue d'inquiétude au fait qu'elle a toujours été une « petite fille maigre »). D'où l'importance du diagnostic : c'est en effet à partir de ce moment qu'il y a véritablement déviance pour le public de la déviance lui-même.

Avant d'être une question sociologique, l'identification du début de la déviance est une question qui se pose aux interviewées et à leur entourage. La transgression de normes ne commence pas au début. Rétrospectivement, et du fait du travail de mise en forme de l'expérience et du cas d'anorexie réalisé à l'hôpital, le récit de l'anorexie comme déviance inclut ce que l'on présentera comme la première phase de la carrière (chapitre 4). Mais le moment de la réaction sociale et de l'étiquetage n'intervient que dans une phase ultérieure, celle que l'on a dégagée comme étant la troisième phase de la carrière (chapitre 6).

La carrière déviante présentée est également particulière dans la mesure où le groupe déviant n'est présent qu'à la fin de la carrière anorexique, c'est-à-dire au moment de l'hospitalisation lorsque l'hôpital à la fois constitue et institue un groupe d'anorexiques. Or, chez H. Becker, le groupe déviant est, bien avant même l'entrée dans une véritable sous-culture déviante, l'un des mécanismes primordiaux du passage d'une phase à l'autre, notamment dans la mesure où il est le lieu d'un apprentissage. Ces deux particularités sont en fait liées entre elles : il n'existe pas de magazines, de livres, d'émissions de télévision qui expliqueraient aux néophytes « comment fumer », comme le font les initiés chez H. Becker – à part peut-être l'ouvrage d'H. Becker lui-même... Le groupe déviant est le support social principal d'un apprentissage (des techniques, de la perception des effets et du goût pour les effets) qui ne peut se faire autrement et dont H. Becker montre l'importance dans le passage d'une phase à l'autre. En revanche, il est beaucoup plus facile – et c'est une litote – de trouver ces informations sur la question du « comment maigrir ». L'existence d'un groupe déviant n'est pas obligatoire, dans la mesure où la sous-culture « déviante » se confond en grande partie avec une sous-culture, voire une culture, « normale », ce qui rejoint la question du moment d'entrée dans la déviance : l'apprentissage de la déviance n'a pas besoin d'être fait auprès du groupe déviant, il peut être directement réalisé auprès des « entrepreneurs de morale ». La carrière déviante présentée ici a donc pour particularité d'être faite principalement d'actes « normaux », socialement approuvés : faire un régime, surveiller son alimentation, faire de l'exercice, mais aussi, comme on le verra dans certains cas, travailler en classe. Ce ne sont pas tant les actes qui sont déviants que le fait qu'ils fassent carrière, que la carrière elle-même.

La question de l'effet rétrospectif de l'étiquetage déviant sur les premières phases pose bien évidemment la question, plus générale, de l'aspect nécessairement rétrospectif de tout récit de carrière. Cet aspect « délicat » est relevé par E. Goffman dans son analyse de la carrière du malade mental : « Le malade lui-même ne manquera pas de raisons pour accorder crédit à cette reconstruction psychiatrique de son passé, s'il veut donner un sens à son séjour à l'hôpital [...]. C'est là un aspect très délicat de la sociologie des carrières. La vue d'ensemble que chaque individu se construit lorsqu'il regarde rétrospectivement son évolution est un des aspects importants de toute carrière. Toute la carrière pré-hospitalière du malade découle, en un sens, de cette reconstruction<sup>41</sup>. » E. Goffman parle même, pour désigner ce phénomène, d'« illusion rétrospective<sup>42</sup> ». Cette « illusion rétrospective » apparaît donc comme un cas particulier de l'« illusion biographique » critiquée par P. Bourdieu. Mais la sociologie des carrières a développé ses propres outils pour répondre à cette question. « On ne peut en tout cas esquiver la question des mécanismes sociaux qui favorisent ou autorisent l'expérience ordinaire de la vie comme unité et comme totalité<sup>43</sup> » : non seulement la sociologie des carrières n'esquive pas cette question et opère une analyse critique des mécanismes et des institutions qui contribuent à construire ce point de vue rétrospectif, mais elle en fait un objet à part entière de son approche. L'étude d'une carrière est aussi l'étude de ces reconstructions successives, du poids du présent sur le récit du passé, constitué non comme une limite à l'analyse mais comme un objet à part entière de l'analyse. La manière dont l'obstacle du rétrospectif est converti en objet privilégié est particulièrement visible dans la posture de R. Ekins sur la carrière du transsexuel : « L'interactionnisme symbolique adopte une position claire à ce sujet [le problème de la reconstruction du passé dans les entretiens rétrospectifs]. Toutes les significations s'élaborent à partir de moments présents particuliers. Tous les moments passés sont reconstruits du point de vue de chaque présent (Mead, 1932). Ceci est inévitable et il n'y a aucun moyen d'y remédier. Par conséquent, je fais comme il se doit de nécessité vertu dans ce chapitre sur la "consolidation". J'utilise trois

---

41. E. GOFFMAN, *Asiles*, op. cit., p. 199.

42. *Ibid.*, p. 198.

43. P. BOURDIEU, « L'illusion biographique », art. cit., p. 70.

récits de vie comme des illustrations des trois formes principales de consolidation [de la féminisation masculine] [...]. Ce chapitre utilise les matériaux recueillis en entretien pour donner des exemples de la manière dont les interviewés construisent leur passé du point de vue du présent qui est celui de l'entretien<sup>44</sup>. » Dans la présentation de la carrière anorexique, on tentera de montrer comment le moment de l'entretien (au sens de moment social, c'est-à-dire plus largement de la « situation » des interviewées au moment de l'entretien, surtout lorsque cette situation est une hospitalisation) doit être constitué en objet pour travailler sur la carrière – ce qui a été ébauché dans le chapitre 2, et que le chapitre 7 (phase de la carrière qui rejoint le moment et le lieu où les entretiens ont été réalisés) poursuivra. Mais on montrera également que l'analyse de la carrière n'est pas seulement celle de ces reconstructions successives. D'abord parce que, à travers les récits de pratiques, les confidences ou les anecdotes, peut se dire autre chose qu'un discours officiel, officiellement construit et officiellement imposé ; ensuite parce que le point de vue du présent n'efface pas toujours le point de vue du passé, qu'il y a parfois plus une superposition qu'un effacement de l'un sous l'autre, comme on le verra par exemple au chapitre 5 à propos du goût pour la maigreur ou dans le chapitre 7 à propos du retournement, effectué au cours de l'entretien et par les interviewées elles-mêmes, des catégories de la « prise en main ».

C'est dans cette logique de prise en compte des effets du présent sur le récit du passé qu'on a choisi, en ce qui concerne cette deuxième partie, d'utiliser l'expression « les interviewées » – raccourci pour « les interviewées en tant qu'anorexiques » –, qui rappelle que ce sont bien des entretiens, réalisés à un moment donné et avec des personnes données, qui constituent le matériau principal de cette deuxième partie. Mais il s'agit également, par ce terme, d'éviter deux autres formulations. On ne souhaitait pas employer l'expression « les anorexiques » qui généralise les propos tenus à une « classe de personnes » alors que les matériaux recueillis l'ont été de manière située. De plus, cette généralisation aurait également eu pour conséquence de naturaliser une étiquette. Mais il ne s'agissait pas non plus de faire disparaître cette étiquette dont on montrera justement les effets structurants. De ce point de

---

44. R. EKINS, *Male Femaling*, *op. cit.*, p. 130-131.



vue, les travaux de sciences sociales les plus déconstructionnistes apparaissent un peu angélistes. J. Hepworth, par exemple, parle de « jeunes filles » et de « femmes » en reprochant à d'autres écrits féministes l'usage de la catégorie « les anorexiques » comme une reproduction de la domination psychiatrique et de l'hégémonie médicale<sup>45</sup>. Mais une approche sociologique de l'anorexie ne saurait ainsi passer sous silence la présence et l'imposition d'un diagnostic qui a des effets réels dans sa construction même. Au résultat de ce double refus, de la naturalisation et de l'angélisme, l'expression « les interviewées en tant qu'anorexiques » nous a semblée pertinente.

---

45. J. HEPWORTH, *The Social Construction of Anorexia Nervosa*, Sage, Londres, 1999, chap. 3.

## « Commencer » : s'engager dans une prise en main

Selon R. Ekins, dans son étude de la carrière des travestis et des transsexuels – qui s'inspire des travaux et de la méthode de B. Glaser et d'A. Strauss –, tout observateur d'enfants peut assister à des jeux qui impliquent une féminisation du corps masculin, le déguisement par exemple <sup>1</sup>. Si ces jeux sont oubliés par ceux qui s'y sont adonnés, il ne s'agit pas de « commencements ». Si, au contraire, des hommes persistent par la suite dans ce type de féminisation de soi (*male femaling*), ces commencements initiaux prendront alors une grande importance rétrospective <sup>2</sup>. C'est ainsi souligner que la notion même de « commencement » suppose une posture rétrospective, et donc que l'entretien constitue sans doute une approche privilégiée des carrières, des trajectoires, ou de tout processus individuel qui s'étale dans le temps <sup>3</sup>. Mais posture rétrospective ne signifie pas construction arbitraire d'un début n'ayant pas été

1. R. EKINS, *Male Femaling*, *op. cit.*

2. *Ibid.*, p. 62.

3. C'est en effet une enquête par entretiens qui constitue le terrain d'analyse de la carrière du fumeur de marijuana (H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, chap. 3), de la carrière de séparation des couples (D. VAUGHAN, *Uncoupling. Turning Points in Intimate Relationships*, Oxford University Press, Oxford, 1986), de la carrière de prise d'antidépresseurs (D. A. KARP, « Taking anti-depressant medications : resistance, trial commitment, conversion, disenchantment », *Qualitative Sociology*, vol. 16, n° 4, 1993), de la carrière de féminisation des travestis et transsexuels (R. EKINS, *Male Femaling*, *op. cit.*) ou des deux textes portant sur la carrière anorexique : P. A. McLORG et D. E. TAUB, « Anorexia nervosa and bulimia : the development of deviant identities », *Deviant Behavior*, vol. 8, 1987, reproduit in P. A. ADLER, P. ADLER, *Constructions of Deviance : Social Power, Context, and Interaction*, Wadsworth, New York, 1994, p. 249-261 ; N. PETERS, « The ascetic anorexic », *Social Analysis*, n° 37, 1995.

vécu comme un moment particulier. S'il y a reconstruction d'un commencement, il faut au moins pouvoir le définir à partir d'une discontinuité – un événement extérieur, un changement de pratiques... Dans le cas de la carrière anorexique, cette discontinuité apparaît peu évidente. En ce sens, le fait même de savoir s'il y a commencement constitue un enjeu : les interviewées identifient-elles un commencement à leur anorexie, et lequel<sup>4</sup> ?

## Le commencement en questions

La consigne même des entretiens à l'hôpital, en évoquant l'« expérience », incite implicitement à présenter cette expérience, au moins dans un premier temps, sous une forme chronologique, et c'est bien ainsi qu'elle est comprise par les interviewées. De plus, ce travail de mise en forme chronologique peut s'appuyer sur la présentation de soi faite lors des entretiens cliniques et tout particulièrement les entretiens de préadmission, qui peuvent avoir pour objectif de déterminer la date ou la période des premiers signes d'anorexie. Ces deux effets liés à la situation d'entretien jouent donc comme des sources d'imposition d'un récit « à commencement ».

### *Les modalités du récit du commencement*

L'assignation claire et précise d'un « commencement » est en effet la modalité la plus fréquente dans les récits faits en entretien. Les extraits des premières minutes en témoignent, où il peut être fait référence à une période (le début de la seconde, les vacances d'été) voire à un mois donnés (« C'était en février il y a deux ans » [Christine, C], « Alors ça a commencé au mois de septembre, l'anorexie mentale » [Anne, H]). Cette assignation d'un commencement identifié, daté et situé n'est toutefois pas la seule forme du récit fait en entretien. On peut en effet recenser trois autres formes de récit qui excluent apparemment la possibilité d'assignation d'un moment – unique et

---

4. On rappelle que la lettre qui suit le prénom dans l'indexation de l'entretien indique le corpus dont il est issu : H pour l'hôpital H, C pour la clinique C, I pour les entretiens par interconnaissance, L pour les lycéennes « non anorexiques » du lycée L (ce qu'on nommera parfois le « corpus lycée »).

discontinu – de « commencement ». Tout d’abord, dans l’entretien avec Nadège, cette dernière élude à plusieurs reprises mes questions sur « quand ça a commencé » : « C’est venu progressivement... [...]. Ça s’est fait assez progressivement... [...]. Je saurais pas dire quand ça a commencé » [Nadège, H].

Ensuite, pour certaines interviewées, le récit est fait d’un point de vue psychanalytique, sur le mode d’un « toujours déjà là » de l’anorexie, faisant du déclenchement des « symptômes » un moment presque arbitraire qui trouve sa vérité dans un passé infantile :

Ouais le début, en fait ce que j’ai su rétrospectivement c’est que j’ai fait de l’anorexie infantile, quand j’étais petite [Sabine, I].

Ben en fait je crois que j’ai toujours eu un petit problème de rapport avec l’alimentation [Anne, C].

Enfin, dans d’autres entretiens, ce sont plusieurs « commencements » différents qui sont présentés, survenus à des dates et dans des situations différentes :

Bon, moi, au départ, j’étais plutôt, je dirais en surpoids... [...]. Et que ben ça a commencé comme ça... Mais bon, jusque-là c’était pas pathologique et j’avais jamais franchement réussi à perdre du poids [...]. Mais là c’était pas encore... enfin, tellement, je dirais, pas encore pathologique. Ça l’est devenu un petit peu plus tard... Quelque chose comme une demi-année en fait après... [Priscille, C].

Ça avait vaguement commencé après les vacances d’été avant la troisième, mais jusqu’à Pâques c’était pas... Y’avait rien d’alarmant... Là c’était je dirais le petit régime en douceur... Mais ça a été la dégringolade après les vacances de Pâques [...]. C’est là que j’ai vraiment commencé à faire un régime [Mathilde, H].

V : – En fait, ça a commencé [...] en 1981 [Véronique a 18 ans à cette date]. Avant je voulais maigrir, mais j’ai eu à ce moment-là un comportement extrêmement morbide. Qui a duré... Oui, j’ai dit [plus tôt dans l’entretien] que ça avait commencé en 1979... Je situe vraiment le basculement entre le régime... la maladie à ce moment-là.

MD : – C’est-à-dire que de 1979 à 1981 c’était un régime ?

V : – C’était un régime fort. Mais c’est vraiment devenu maladif après 1981 [Véronique, I].

### *Le commencement : une question de définition*

Ce que ces dernières citations nous indiquent, c'est que la question du commencement est peut-être moins celle de son assignation dans le temps que celle de sa définition : qu'est-ce qui commence en fait ? Les hésitations dans l'assignation d'un commencement, ou les assignations de commencements multiples sont moins ici une question de mémoire, de datation, de difficulté à créer une discontinuité dans une expérience continue qu'une question de définition. Il y a en effet toujours, dans les entretiens, assignation d'un moment où quelque chose « commence ». Mais la question que posent les hésitations des interviewées, c'est « qu'est-ce qui commence ? » Un régime, est-ce le commencement de l'anorexie ? Faut-il englober dans le récit de l'« expérience avec l'anorexie » des pratiques à l'époque non vécues comme déviantes, non stigmatisées voire approuvées, non définies comme pathologiques par exemple ? Un « régime fort » ou un « petit régime en douceur » devient-il ou non, rétrospectivement, le « commencement » de l'anorexie ?

Les hésitations et les variations entre entretiens ne portent pas tant sur la possibilité d'une datation d'un commencement que sur sa définition même. Dans tous les entretiens en effet, il y a mention d'un « moment » introduisant suffisamment de discontinuité avec un « avant » plus uniforme, marquant suffisamment de changements dans les pratiques, par exemple, pour parler d'un commencement. Et ce même dans les entretiens qui font remonter l'anorexie à un « toujours déjà là » de la petite enfance, ou même dans l'entretien avec Nadège, qui refuse de dater un commencement pour l'anorexie mais parle d'un « moment » (« au début ») où elle a commencé à « vouloir faire attention » à ce qu'elle mangeait. Ce n'est donc pas dans ce cas une question de chronologie ou de souvenir, mais bien le refus de définir ce moment comme le « commencement de l'anorexie » et donc d'appliquer rétrospectivement une étiquette pathologique. Comme on l'a évoqué dans le chapitre 3, la question de l'engagement dans la déviance est en effet une question interne au terrain avant même d'être une question sociologique. En fait, la consigne de l'entretien somme les interviewées de régler elles-mêmes, ou en s'appuyant sur les discours médicaux, la question de la distinction entre « normal » et « pathologique », d'où ces difficultés et ces hésitations. Mais, à nouveau,

le fait que l'assignation d'un « commencement » apparaisse comme une question de définition ne signifie pas que ce premier « moment » soit une césure purement arbitraire liée à la situation d'entretien, à l'habitude de présenter son cas en commençant aux premiers signes cliniques, ou à l'intériorisation d'une définition médicale de l'anorexie. Nadège, que j'ai interrogée au tout début de sa première hospitalisation, refuse ainsi de parler d'un commencement pour l'anorexie alors même qu'une date des premiers signes cliniques (octobre 1996) figure dans l'examen médical de son cas. On pourrait faire l'hypothèse que, à la différence d'autres patientes interrogées à l'hôpital, plus avancées dans le parcours médical, elle n'a pas encore « appris » cette date et intériorisé la pathologisation rétrospective de ses comportements initiaux. Mais elle évoque cependant, comme on l'a souligné plus haut, un « début », un « commencement » qui lui semble pertinent indépendamment d'une définition médicale. De plus, même dans les cas où la mention d'un « toujours déjà là » de l'anorexie apparaît, les interviewées marquent très précisément le moment d'un commencement bien ultérieur à la petite enfance. Enfin, il peut y avoir assignation très précise d'un « commencement » même dans un entretien fait avec une interviewée, Annabelle, qui n'a jamais été suivie médicalement, n'a jamais eu à présenter son cas auparavant et n'a jamais appris à présenter ce cas dans un cadre médical :

En fait je crois que ça s'est déclenché avec ma première note [en prépa] [...] et ça a commencé petit à petit. Mais en fait, ce qui a vraiment déclenché ça, c'est que j'ai commencé à faire un régime, au départ [Annabelle, I].

Dans tous les entretiens, il y a donc à un « moment » quelque chose qui se passe, « au début », et qui rétrospectivement « commence ». C'est ce « commencer » que l'on peut définir comme la première phase d'engagement dans la carrière anorexique<sup>5</sup>.

---

5. Sur le sens particulier que H. Becker donne au terme d'« engagement » (*commitment*) (plutôt utilisé ici au sens courant et pour son pouvoir descriptif de ce qui se passe lors des phases de la carrière), voir H. S. BECKER, *Outsiders, op. cit.*, p. 50, et « Notes on the concept of commitment », *American Journal of Sociology*, vol. LXVI, juillet 1960.

### *Le commencement : un régime ?*

Du point de vue médical et psychologique, il y a consensus. Ce qui commence est l'anorexie, et l'anorexie commence par un régime : « Le début est habituellement insidieux et apparemment banal : l'adolescente se sent grosse et décide de suivre un régime<sup>6</sup>. » « Tout commence le plus souvent de façon banale et insidieuse : notre adolescente, se trouvant trop ronde, entreprend comme tant d'autres à son âge un régime amaigrissant<sup>7</sup>. » « Tout commence, le plus souvent, par un désir de "suivre un régime", quelquefois apparemment justifié du fait d'un discret surpoids<sup>8</sup>. »

Cette thèse du commencement par le régime est si consensuelle qu'elle en devient évidente, qu'elle constitue un trait de la pathologie. Ainsi, lors d'une réunion de synthèse du service U de la clinique C, l'exposé de la chef de service sur une entrante anorexique commence par ces mots :

Chef de service : – C'est une jeune fille de 18 ans, qui présente des problèmes d'anorexie depuis deux à trois ans. [...] Tout cela a commencé par, bien sûr...

Trois des infirmiers la devancent et disent ensemble : – Un régime !

Chef de service : – Un régime, en effet...

Un quatrième infirmier : – Classique, classique... [JT].

Les interviewées qui font du « commencement » un régime peuvent d'ailleurs souligner son caractère typique d'un point de vue médical :

Ben pour moi ça a commencé y'a environ un an, l'été dernier. Comme tout le monde j'ai commencé à vouloir faire un régime pour perdre quelques kilos... [...] Déjà le procédé c'est le même pour tous je pense, ça commence toujours par un petit régime [Julie, H].

L'évidence du régime comme commencement pour les médecins est telle qu'elle peut même entraîner la mise en doute des propos d'une patiente qui dirait ne pas avoir voulu faire de

---

6. H. CHABROL, *L'Anorexie et la boulimie de l'adolescente*, op. cit., p. 8.

7. G. APFELDORFER, *Anorexie, boulimie, obésité*, Flammarion, Paris, 1995, p. 34.

8. P. ALVIN (dir.), *Anorexies à l'adolescence*, Doin, Vélizy, 1996, p. 5.

régime. Ainsi, lors de la présentation d'un cas clinique d'anorexie à la clinique C, l'interne qui présente le cas souligne : « La patiente dit ne pas avoir eu de volonté consciente de faire un régime au départ. » Or, la forme grammaticale de la phrase – le style indirect souligné par un « la patiente dit » – correspond à un usage courant visant à mettre à distance les propos tenus par les patients<sup>9</sup>. Le régime doit donc être présent au début de l'anorexie. En même temps, ce régime n'est pas seulement cela, puisqu'il est en fait le début de l'anorexie : il ne faut pas y voir un simple régime, mais bien le signe « insidieux » – pour reprendre le terme médical cité plus haut – de la pathologie.

Dans les rares travaux sociologiques sur la carrière anorexique, le point de vue est différent sans l'être radicalement. L'évidence du régime comme entrée dans la carrière anorexique n'est pas remise en cause. La première phase est intitulée « phase de régime en accord avec les idéaux socioculturels » par N. Peters<sup>10</sup> ou « comportement conformiste », centré autour d'un régime, pour P. A. McLorg et D. E. Taub<sup>11</sup>. À la différence des approches psychologiques ou médicales, les sociologues ne décrivent pas ce régime comme insidieux – il ne porte pas, en soi et en germe, l'anorexie. Mais ce premier moment est, dans ces textes, uniquement envisagé à partir de données contextuelles : il ne s'agit pas tant d'examiner cette première phase que de la rattacher aux « normes culturelles de minceur [...] dans notre société<sup>12</sup> ». « Le contexte d'émergence de l'anorexie mentale est l'objet principal de la phase de régime<sup>13</sup> » : on ne saurait dire plus clairement qu'un exposé abstrait sur l'imposition de la norme de minceur du régime se substitue alors à l'analyse de cette première phase. L'évidence et le caractère banal du régime, défini comme commencement, jouent alors dans ces textes comme un frein à une analyse précise, réalisée à partir des entretiens et non imposée à eux, de l'entrée dans la carrière anorexique. Tout en pointant, dans la logique de la carrière, le caractère « normal »

---

9. Sur l'usage du discours indirect comme mode d'expression du scepticisme médical par rapport aux discours tenus par les patients, voir par exemple R. BARRETT, *La Traite des fous*, op. cit., p. 148.

10. N. PETERS, « The ascetic anorexic », *Social Analysis*, n° 37, 1995, p. 50.

11. P. A. McLORG et D. E. TAUB, « Anorexia nervosa and bulimia : the development of deviant identities », art. cit., p. 252.

12. *Ibid.*, p. 252.

13. N. PETERS, « The ascetic anorexic », art. cit., p. 52.



(par opposition à « déviant ») de l'entrée dans cette première phase – la première phase est commune à tout un groupe social qui ne poursuivra pas cette carrière –, les auteurs se laissent entraîner par cette normalité et diluent l'analyse de cette première phase dans un contexte social dont la description se substitue à l'étude précise des entretiens. On peut d'ailleurs faire l'hypothèse que c'est le caractère normal et non déviant de cette première phase, à la différence d'autres carrières déviantes, qui explique la faible place faite à son examen. La perspective des interviewées n'est pas véritablement analysée parce qu'elle n'est pas jugée nécessaire pour comprendre ce qui se passe, puisque cette première phase est conforme et non en infraction aux normes. Il est vrai par ailleurs que l'absence relative de travaux sociologiques sur le régime comme pratique sociale – et non sur la diététique comme institution de gouvernement des corps, ou comme manifestation de l'objectivation du corps féminin et de la domination masculine – rend cette analyse difficile.

On ne partira donc pas ici, pour définir la première phase, de cette assurance du régime comme commencement mais bien des entretiens eux-mêmes : qu'est-ce qui est défini comme le « début » de l'« expérience avec l'anorexie » ? S'il y a bien un premier moment commun aux différentes interviewées – ce qui est en soi un résultat –, il n'est pas exempt de variations, que la visibilité des récurrences, d'autant plus forte qu'elle est travaillée par le point de vue psychiatrique, ne doit pas faire oublier.

### **Trois manières de « commencer »**

De fait, il y a bien toujours un régime dans les définitions du commencement. Mais si on y regarde de plus près, il y a des carrières qui débutent par un régime, d'autres qui ne débutent pas tout de suite par un régime, et d'autres enfin qui ne débutent pas seulement par un régime. L'analyse des entretiens révèle en effet trois manières différentes de « commencer », c'est-à-dire en fait trois définitions différentes, par les interviewées, du « commencement », dont on verra qu'elles sont trois modalités d'une même phase d'engagement dans une prise en main comme première phase de la carrière anorexique.

« Commencer » par un régime

Le commencement peut en effet être défini comme un régime, c'est-à-dire une pratique ayant pour objectif de transformer l'apparence corporelle par la perte de poids. La perte de poids initiale est alors le résultat de stratégies entreprises dans ce but : « J'ai commencé à vouloir faire un régime pour perdre quelques kilos » [Julie, H].

Ce type de « commencement » a le plus souvent un caractère public très marqué. Trois types de rôles sociaux et d'acteurs extérieurs participent plus spécifiquement à la définition publique de ce régime et au modelage de son déroulement. Il peut s'agir de personnes qui sont en position de prescrire un régime (les prescripteurs), de personnes qui incitent l'interviewée à faire un régime (les incitateurs), et de personnes qui font un régime en même temps (les accompagnateurs). L'analyse des entretiens fait donc émerger l'existence de « rôles », pouvant être tenus par des personnes différentes.

Les *prescripteurs* sont des professionnels. Ce peut être un médecin, un nutritionniste ou un entraîneur sportif, qui prescrit un régime spontanément ou à la demande de l'interviewée – cette dernière ayant pu auparavant être incitée à solliciter cette prescription. Il s'agit de personnes n'appartenant pas au groupe familial ou des proches et qui sont en position de tenir un discours professionnel légitime sur le corps de l'interviewée :

Je faisais de la danse classique au Conservatoire, et euh... notre prof nous disait souvent qu'il fallait perdre des kilos, donc même si c'est pas à moi qu'elle le disait, on se sent toujours un peu visée dans ces cas-là... [Isabelle, C].

Donc j'ai commencé à faire un régime, au début toute seule et ensuite j'ai la mère d'une copine qui m'a dit : « Tu devrais aller voir un acuponcteur, machin » [...]. Ben j'avais vu ce nutritionniste par l'intermédiaire de ma copine, là, qui m'avait filé des extraits thyroïdiens, qui [...] m'avait donné un régime avec, « faut bouffer ci, faut bouffer ça » [Sabine, I].

La position de prescripteur peut aussi être occupée de manière plus étonnante par des professionnels dont la légitimité du discours sur le corps de l'interviewée est moins évidente que celle d'un médecin muni d'une courbe du poids normal, comme par exemple l'enseignante de violon d'Anne [C] :

Anne : – Et y'a ma prof de violon aussi, qui elle était plus dans le genre squelettique, qui une fois alors que je jouais du violon, et qu'il y avait une autre fille qui assistait à ma session à moi, a fait allusion à ma taille, quoi...

MD : – À la taille ?

A : – Non, au volume corporel... Elle m'a dit que j'étais « bien portante », et que bon... [Anne, C].

La légitimité de ce prescripteur est cependant suffisamment forte pour que Anne se souvienne de la salle de violon comme de l'endroit où elle a décidé de perdre du poids :

J'étais dans la salle de violon, j'étais en train de travailler, toute seule, et puis y'avait une grande glace, comme ça, donc je me suis vue en pied, et j'étais dans mon jean donc j'étais moulée, quoi, et je me suis dit : « Mais c'est quoi ces piliers, quoi ! ? » Quand j'ai vu mes jambes je me suis dit : « C'est pas possible », quoi, et là j'ai... j'ai pas supporté quoi... [Anne, C].

Les *incitateurs*, quant à eux, n'interviennent pas au nom d'une position professionnelle : ils appartiennent au groupe familial, des proches ou des pairs. L'incitateur familial, quand il existe, est le plus souvent la mère, à la fois en tant que responsable socialement désigné de l'alimentation et du corps des membres de la famille<sup>14</sup>, et en tant que femme elle-même spécifiquement soumise aux normes diététiques et corporelles<sup>15</sup> :

Ma mère est quelqu'un d'assez... attentive à l'apparence physique, donc elle trouvait ça pas mal que je perde un peu de poids [Annabelle, I].

Ma mère a toujours plus ou moins fait attention à son poids, à pas trop prendre de poids... pas trop manger de graisses... Donc ça nous arrivait de temps en temps de faire des petits régimes comme ça [...]. À l'approche de l'été, ma mère si elle voyait qu'elle était pas bien avec ses quelques kilos qu'elle avait pris elle décidait de

---

14. On a évoqué, dans le premier chapitre, la construction historique et sociale de ce rôle maternel de garante et responsable de l'alimentation et du corps des membres de la famille.

15. Pour une synthèse sur la question de la concentration des normes diététiques et corporelles sur le corps féminin, voir par exemple E. M. SCHUR, *Labeling Women Deviant. Gender, Stigma, and Social Control*, McGraw-Hill, New York, 1984, notamment « Appearance norms and female deviance », p. 66-81. E. Schur y attire l'attention sur le fait que, tout particulièrement « normées » dans ce domaine, les femmes sont par conséquent tout particulièrement susceptibles d'y être désignées comme « déviantes ».

faire un peu attention... Une fois elle avait vu une diététicienne qui avait établi des menus [...]. Donc on avait plutôt tendance à suivre ça, de temps en temps [Julie, H].

Du fait du refus, maintes fois exprimé par les interviewées en tant qu'anorexiques, de la théorie médicale et psychologique de la « mère pathogène », les références au rôle social de leur mère dans les débuts du régime restent fort discrètes pour ne pas donner prise à ce type de discours. En revanche, les entretiens réalisés en lycée, sur lesquels ce discours ne pèse pas, font apparaître les préoccupations diététiques et corporelles des mères à la fois sur leur propre corps et sur celui des autres membres de la famille, et tout particulièrement de leurs filles :

Juliette : – Eh ben... moi... Par rapport à, je sais pas, les trucs alimentaires, chez moi c'est un peu particulier... Parce que bon... ma mère elle veut que je sois mince et tout, donc elle m'empêche un peu de manger... Enfin bon, elle m'empêche pas de manger mais elle fait vachement attention à ce que je mange, elle veut que... C'est pour ça, quoi, donc voilà... [...].

MD : – Et comment ça se passe par exemple ?

J : – Ben genre, pendant un dîner [...] et donc moi je dîne et tout et puis genre, si mon repas il a été déjà assez riche, ma mère elle me fait : « Mais non, c'est bon, quoi, ça suffit », et elle me fait, admettons que je vais prendre un yaourt, elle me fait : « Mais non, prends plutôt une mandarine », des trucs dans le genre quoi [...]. Parce qu'en fait elle, elle a eu des problèmes de poids et tout. Et finalement, bon maintenant elle a pas du tout envie que ça m'arrive. Et puis en plus de ça ma mère, elle pense que de toute façon dans la société c'est clair que il vaut mieux avoir une apparence physique... plutôt bien... enfin ça favorise dans... de toute façon dans la vie, toujours, c'est pour ça [...]. Je suis assez d'accord avec elle, c'est normal [...]. [Mais] mon frère elle lui achète des brownies, des trucs, du Nutella [...]. Je veux dire, une fille... Voilà, quoi, c'est la poupée, on veut la modeler [...]. Y'a des jours où c'est : « Oh là là », enfin c'est plus un regard, une attitude, c'est pas trop les paroles, c'est comme ça, quoi, comme ça [elle imite un regard « en coin », désapprobateur] [Juliette, L].

Pour Juliette, le type de contrôle exercé par sa mère sur son alimentation et sur son corps est justifié. On peut même parler d'une triple légitimité reconnue et exposée par Juliette lors de l'entretien : en tant que femme, elle-même soumise tout

particulièrement aux normes corporelles et qui souhaite éviter à sa fille l'expérience d'un même stigmat – « parce qu'elle [sa mère] a eu des problèmes de poids » –, en tant que représentante d'une norme liant « réussite sociale » des femmes et corps légitime – « Et puis en plus de ça ma mère elle pense que de toute façon dans la société c'est clair que il vaut mieux avoir une apparence physique... plutôt bien... enfin ça favorise dans... de toute façon dans la vie, toujours, c'est pour ça » –, et enfin en tant que mère, qui peut, voire doit « modeler » sa fille. C'est à ce triple titre que la mère de Juliette peut légitimement occuper le rôle social d'incitateur au régime. Anne, une amie de Juliette interrogée elle aussi au lycée, souligne dans un premier temps le caractère illégitime, pour elle, d'un tel rôle avant de finalement manifester que la situation de Juliette n'est pas si exceptionnelle :

Anne : – Oh ben t'as dû avoir pas mal de trucs avec Juliette et les habitudes alimentaires ! ? [...] T'as pas eu droit au cadenas sur le frigo ? [...] Ahhhhh ! Y'a un cadenas... [...] Il y est pas, mais sa mère... bon, c'est comme s'il y était... [...] Moi si j'avais pas le droit de toucher au frigo chez moi... Ce serait la guerre ! [...].

MD : – Et toi t'as jamais eu ça ?

A : – Si... Ouais, si... Ma mère, à une époque, c'était : « Bon ça va t'as assez mangé » [Anne, L].

Plus généralement, l'analyse du corpus des entretiens réalisés en lycée fait apparaître l'importance du rôle social de la mère dans le contrôle de l'alimentation familiale, tout en suggérant la variabilité à la fois inter- et intrafamiliale de ce rôle. Le caractère limité et secondaire du corpus d'entretiens en lycée permet de faire à ce sujet quelques hypothèses, qui demanderaient à être poursuivies par une véritable enquête. Il semble en tout cas que les variations interfamiliales du rôle de la mère s'organisent autour de variations de classe. Ce qui apparaît en effet, c'est d'abord une première forme de variation entre une incitation à « bien manger », voire à « plus manger » dans la famille de Soizic, seule interviewée du corpus lycée à être d'origine populaire – ce rôle étant rapporté, dans d'autres familles, aux grands-parents – et une incitation à « mieux manger », voire à « moins manger », dans les familles des autres interviewées. Un deuxième principe de variation, dans ces dernières familles, concerne la variabilité intrafamiliale de l'application de ce rôle

de gardien diététique de la mère sur l'ensemble de la famille : il s'exerce avant tout sur les filles et est justifié par des considérations plus directement corporelles et esthétiques que diététiques, en deuxième lieu sur les conjoints, en étant alors justifié par des considérations en termes de santé, et enfin beaucoup plus rarement sur les fils <sup>16</sup>.

Si le rôle de l'incitateur au régime, dans le groupe familial ou des proches, est ainsi tenu surtout par la mère, il ne l'est pourtant pas exclusivement. Il peut en effet être tenu par un petit copain :

J'ai eu une déception sentimentale, et cette personne m'a fait un reproche sur mon physique. [...] Il m'a dit que j'avais grossi des fesses [Émilie, C].

J'ai eu un copain, un petit copain un jour qui m'a dit : « Ce serait bien que tu fasses un régime. » En fait, non, je me plaignais tout le temps, « j'en ai marre, je veux maigrir », et ce même jules m'a dit « t'es très bien comme t'es », et en fait au bout de six mois il m'a dit « bon, ben effectivement ce serait peut-être bien que tu fasses un régime » [...]. En fait je me souviens très très bien, c'est quasiment le jour de la rentrée, ce petit copain [...] qui m'a dit : « Tu devrais faire un régime », c'était à la veille de la rentrée, je me souviens très bien, c'était chez lui, et moi je lui ai dit : « Je croyais que tu t'en foutais ? » [Sabine, I].

Enfin, il peut être également tenu par le groupe des pairs, les copines notamment, qui peuvent alors jouer le rôle d'un *incitateur généralisé* par la récurrence des conversations sur le poids et la nécessité d'y veiller. Selon l'anthropologue américaine M. Nichter, le « discours sur le poids » constitue aujourd'hui un trait important de la sous-culture féminine lycéenne <sup>17</sup>. De fait, ce type de discours est présenté en entretien comme un trait caractéristique et pesant :

Tous les gens, tout le monde parle de poids : faut que vous sachiez ça. Quand on va à une soirée y'a pas un moment où quelqu'un... Y'a pas une soirée où on parle pas de ça [Sophie, L].

Toutes les copines : « Je veux faire un régime » [Sidonie, H].

---

16. En ce sens, le xx<sup>e</sup> siècle serait moins le lieu d'un passage du rôle maternel de prévention de la malnutrition à un rôle de prévention de l'embonpoint ou de l'obésité, comme le suggère J. J. Brumberg dans *Fasting Girls, op. cit.*, qu'une nouvelle combinaison de ces rôles dans un système de variations intrafamiliales de leurs applications.

17. M. NICTER, *Fat Talk. What Girls and Their Parents Say About Dieting*, Harvard University Press, Cambridge, 2000.

Mais les postures adoptées par rapport à ce discours peuvent être différentes d'un entretien à l'autre. La norme portée par le groupe de pairs est susceptible en effet d'être disqualifiée par l'ironie, comme dans le cas d'Anne, une interviewée du corpus lycée :

MD : – Mais ça [le poids] c'est un sujet de discussion entre copines ?

Anne : – Ben... Je sais pas, moi quand j'en discute c'est plutôt... plutôt ironique... Parce que quand je discute avec des copines, c'est parce qu'il y en a une qui lance le sujet... « Ohhhhhh je suis trop grosse » [ton de voix ironique] alors qu'elle fait du 34-36... [Anne, L].

Mais la norme portée par le groupe de pairs, ou certains de ses membres, ne s'en impose pas moins, et ce d'autant plus qu'un contrôle précis et répété du poids s'y exerce :

MD : – Et ça c'est un sujet de conversation... important, le poids, tout ça, entre copines ?

Juliette : – Ça dépend des copines, y'a des copines... Ouais, mais quand même si, franchement, là, celle qui fait du mannequinat, et tout, trop genre, enfin elle sait que moi j'ai vachement de problèmes là-dessus, à la maison et tout, genre pour me faire chier, elle fait : « Ouais j'ai perdu cinq kilos, nanana », et moi je les ai bien là [signe : « les boules »], quoi, les cinq kilos ! [...] Genre, mes copines avec qui je pars en vacances, des fois en vacances, ben ça vient comme ça... c'est naturel et tout, genre : « Combien tu pèses toi ? » « Ben moi c'est cinquante-deux », « oh ben moi c'est cinquante-quatre », « ouais j'ai pris deux kilos ces derniers temps », voilà quoi. Et genre « bon t'es à combien ? » [Juliette, L].

Parce qu'en plus dans ma classe, c'est la même classe depuis la sixième [...] à part une [fille de la classe] qui est très grande et plutôt forte, elles sont toutes toutes petites, et comme c'était LE sujet de conversation, « tu pèses combien ? » truc-bidule, ben évidemment elles pesaient moins, elles pesaient trente-cinq et moi je faisais quarante-cinq... » [Anne, H].

Enfin, si des incitateurs peuvent être à l'origine du régime, un type particulier d'entre eux intervient au cours du régime pour en approuver publiquement les résultats :

Au début, de soixante-quatre à cinquante-sept [kilos], j'étais contente de maigrir, et une de mes sœurs m'a dit « ah tiens t'as perdu ton petit ventre », vachement chic, en troisième j'avais un petit bidon, donc je supportais pas, et... donc à cinquante-sept j'avais plus mon petit bidon et ça me semblait être bien quoi [Anne, C].

Ben là je viens de mincir, elle [sa mère] me fait « ah bon ben là combien tu pèses ? » Elle me demande... parce qu'elle est toute contente de voir que j'ai minci [Juliette, L].

Le rôle de ces différents types d'incitateurs est d'autant plus important qu'il s'agit souvent de personnes avec lesquelles les diverses interviewées sont en contact constant – à la différence des prescripteurs, avec qui les relations sont le plus souvent ponctuelles et délimitées dans un cadre professionnel. L'incitation à faire un régime peut être alors diffusée en continu, par la simple présence dans le groupe – familial ou amical. L'existence d'accompagnateurs, qui appartiennent également à ce groupe, peut encore renforcer la continuité et la proximité de l'imposition normative.

Les *accompagnateurs* sont les personnes qui font un régime en même temps que l'interviewée. Il s'agit dans tous les cas de femmes, le plus souvent membres de la famille (« C'était l'été, genre mai-juin, on avait fait un régime avec ma mère et ma sœur, c'était genre "trois jours-trois kilos" » [Sidonie, H]) ou amies (« J'ai commencé [le régime] avec une copine » [Louise, H]). L'accompagnateur peut d'ailleurs être à l'initiative du régime ou être sollicité par l'interviewée :

[Ma sœur] avait fait ce régime en même temps que moi [...]. J'ai dit à [ma sœur] : « Tu veux pas qu'on le fasse ensemble ? Ce serait mieux et tout », et donc elle a dit : « Ouais, ouais », et elle est allée voir le médecin que je suis allée voir [Sabine, I].

Ben au début, en fait c'est ma sœur qui avait commencé à faire un régime... eh ben j'ai commencé à faire un régime aussi [...]. En fait ma sœur avait été voir un nutritionniste, donc je suivais comme elle [Christine, C].

Par sa participation à l'activité entreprise, l'accompagnateur la légitime. Mais il joue également comme un rappel vivant de l'activité entreprise, voire comme source extérieure de contrôle sur la bonne continuation de celle-ci. L'argument utilisé par les



différentes interviewées pour faire un régime « à plusieurs » fait précisément référence à ce contrôle que peuvent exercer les coparticipantes les unes sur les autres, ce que Sophie évoque tout à la fois en parlant de l'aspect purement alimentaire du régime et de l'exercice physique qui lui est associé :

La dernière fois, ça a été ma mère, elle a fait « bon ben ça y est je me mets au régime », et ma sœur et moi on s'est regardées et on a fait « ouais... On va s'y mettre aussi hein ! » En fait là on s'est décidées [...] on va s'y mettre à trois, et si à trois on n'y arrive pas ! La poisse ! [...] Et puis après quand y'en a une « ouin... J'y arrive pas », alors là on la prend par le bras, on fait « allez on y va, on y retourne... » Par exemple, ici [dans le parc où l'entretien a été fait] on est venues courir, alors on faisait un tour et ma mère disait « j'en peux plus ! » alors je faisais « allez on y retourne » et je la prenais sous le bras... Après c'était moi au deuxième tour je faisais « oh j'en ai ras le bol », ma sœur elle me faisait « allez !!! » alors après ma mère elle faisait le petit tour à l'intérieur [...]. Et en fait ma sœur elle faisait les grands tours, moi je faisais un grand tour, [puis] un petit tour avec ma mère, un grand tour... Comme ça, c'était... En fait on se motivait quand même ! [...] Maintenant quand on se met au régime c'est à trois, ma mère, ma sœur et moi. Tout le temps on est à trois à se mettre au régime en même temps... Comme ça, en fait, on se soutient, on se dit « ouais, on y arrive, on y arrive » [Sophie, L].

Prescripteurs, incitateurs et accompagnateurs ont donc en commun un statut de passeurs de normes diététiques et corporelles, mais également le fait d'exercer un contrôle sur les pratiques de l'interviewée. Imposition normative et contrôle se conjuguent pour expliquer l'influence que ce type d'acteur peut avoir sur ces pratiques.

Ces trois types de rôles font apparaître le caractère public du régime comme activité et le fait qu'il soit normé de manière située dans des interactions précises et différentes. Ils définissent ainsi l'espace situé des interactions qui « font » l'acteur qui fait un régime. Dans l'étude de l'imposition du corps légitime et des normes corporelles et diététiques, les travaux en sciences sociales font une place prépondérante à la pression institutionnelle et structurelle portée par les magazines et la publicité<sup>18</sup>, aux tables médicales ou assuranciennes du poids normal et du

18. Voir par exemple Y. TRAVAILLOT, *Sociologie des pratiques d'entretien du corps. L'évolution de l'attention portée au corps depuis 1960*, PUF, Paris, 1998.

poids moyen comme institutions du gouvernement des corps<sup>19</sup>, aux industries agroalimentaires du régime comme porteurs d'intérêts économiques structurels à la pratique sociale du régime<sup>20</sup>, ou enfin à la « collusion inconsciente » de toutes ces activités dans une entreprise de domination symbolique<sup>21</sup>. Mais il ne faut pas pour autant négliger l'importance du rôle des prescripteurs, incitateurs et accompagnateurs dans l'application, à un individu déterminé et dans des circonstances déterminées, de ces normes corporelles et diététiques. Comme le souligne H. Becker, « on ne peut pas rendre compte de l'application de normes en invoquant la vigilance constante de quelque groupe abstrait ; on ne peut pas dire que c'est la "société" qui est atteinte par chaque infraction<sup>22</sup> ». On retrouve donc ici la nécessité de recenser « quelle est la personne qui s'occupe de veiller à ce que les normes soient appliquées et respectées [...] puisque les normes s'appliquent à des individus et dans des circonstances déterminées<sup>23</sup> ». En ce sens, les différents rôles recensés sont des courroies de transmission de l'imposition normative – rôle que peuvent jouer les « entrepreneurs de morale » chez H. Becker<sup>24</sup> – et ce y compris dans le cas des accompagnateurs, qui renforcent par leur accompagnement même la légitimité de l'action entreprise, et qui peuvent être sollicités précisément pour tenir un rôle de police, de contrôleur extérieur du bon suivi des prescriptions diététiques. L'entrepreneur de régime (l'interviewée) ne commence pas un régime dans un vide relationnel uniquement balisé d'injonctions sociales générales à surveiller son poids ou à maigrir : les entrepreneurs de normes corporelles

---

19. Voir par exemple J. J. BRUMBERG, *Fasting Girls*, *op. cit.*, chap. 9.

20. Voir par exemple S. HESSE-BIBER, *Am I Thin Enough Yet ? The Cult of Thinness and the Commercialization of Identity*, Oxford University Press, Oxford, 1996, et notamment le chapitre 3 : « There's no business like the body business : food, dieting, and recovery », p. 31-43.

21. P. BOURDIEU, Y. DELSAUT, « Le couturier et sa griffe : contribution à une théorie de la magie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, 1975, p. 35.

22. H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 145.

23. *Ibid.*, p. 158.

24. « Deux types d'entrepreneurs [de morale] retiendront notre attention : ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer », H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 171. E. Freidson suggère par ailleurs que le terme d'« entrepreneur moral » peut être utilisé pour désigner tout membre d'une profession médicale, dans la mesure où « la désignation d'une maladie comme telle comporte [...] un jugement moral irréductible, un jugement dont, souvent, on ne remarque pas le caractère parce qu'il existe un consensus pratiquement universel sur le fait qu'une bonne partie de ce qui porte l'étiquette de maladie est indésirable » : E. FREIDSON, *La Profession médicale*, Payot, Paris, 1984 (1970), p. 255.

ou diététiques définissent tout autant la situation que ces injonctions, en déduisant des normes spécifiques à partir de valeurs générales – tout particulièrement dans le cas des prescripteurs – et en imposant ces normes spécifiques à un individu particulier dans des circonstances particulières.

Il existe cependant une spécificité importante de ces acteurs du commencement par rapport aux entrepreneurs de morale étudiés par H. Becker. Pour ce dernier en effet, le rôle des entrepreneurs dans la carrière tient à leur pouvoir d'étiquetage de la déviance. En revanche, l'apprentissage des techniques de la déviance que fait le déviant s'appuie sur les initiateurs que sont les autres membres du groupe déviant. Pour le dire rapidement, les entrepreneurs de morale norment en étiquetant, les membres du groupe déviant initient. L'une des spécificités de la carrière anorexique tient au fait que cette frontière y est brouillée : l'apprentissage n'est pas distinct de l'imposition de la norme, les entrepreneurs tout à la fois norment et initient. Ce sont ces entrepreneurs qui peuvent enseigner à l'interviewée comment faire un régime, comment perdre du poids, qui peuvent l'aider à tenir le régime en l'accompagnant. Ce cumul des rôles s'explique par le fait que, comme on l'a suggéré dans le chapitre 3, les pratiques de la première phase ne sont pas des pratiques déviantes, mais bien des pratiques « normales », plus spécifiquement encore des pratiques normées.

C'est également cette caractéristique de la carrière anorexique qui se manifeste si l'on examine l'apprentissage des techniques mises en œuvre lors de cette première phase. On peut identifier trois sources d'apprentissage, qui recoupent certains des rôles identifiés plus haut comme acteurs extérieurs du commencement : les sources professionnelle, profane et « littéraire ».

Tout d'abord, les professionnels qui agissent en tant que prescripteurs peuvent également, dans le cas des médecins généralistes ou des diététiciens, livrer une méthode en même temps qu'une injonction et fournir les techniques de la perte de poids. Ainsi, si un prescripteur médical est intervenu, ce sont ses prescriptions qui sont suivies, comme dans le cas de Sabine [I], qui suit à la fois la répartition des aliments permis et interdits fixée par le médecin qu'elle a consulté, et prend les extraits thyroïdiens qu'il lui a prescrits ou, dans le cas de Christine, qui suit le régime qu'un nutritionniste a donné à sa sœur (« C'était un petit régime de vacances quoi. C'est-à-dire, y'avait

vraiment de tout, du pain, de la viande rouge, du poisson, tout quoi... » [Christine, C]), ou encore dans le cas de Julie qui s'inspire des menus qu'une diététicienne avait donnés à sa mère : « Pas trop manger de graisses [...] [manger] plutôt des légumes [...]. Au tout début je commençais à la cantine... Je prenais souvent des légumes, si j'avais le choix entre légumes et féculents [...]. Au début c'était les quantités, je diminuais un peu tout » [Julie, H].

Les incitateurs et accompagnateurs profanes peuvent également être des sources d'apprentissage, comme le souligne, en le déplorant, l'infirmière scolaire du lycée où ont été réalisés les entretiens du corpus lycée. Elle oppose implicitement au caractère profane de cet apprentissage le « bon » régime prescrit par un médecin ou l'équilibre alimentaire correspondant aux prescriptions médicales<sup>25</sup> :

Et il y en a une cet été aussi qui a fait un régime, complètement dingue d'ailleurs, un régime à base de choux, y compris au petit déj' ! [...] Quand elles font des régimes, elles font des régimes comme la soupe aux choux, comme trois jours de viande, comme quatre jours d'ananas, je vous dis n'importe quoi [...]. C'est souvent, « ma copine a dit que », ou bien « ma mère l'a fait quand elle était jeune », ou bien « j'ai une cousine qui a perdu du poids en faisant ça » [infirmière scolaire, L].

Le groupe de pairs peut en effet constituer une source d'informations, voire une source d'information sur les informations disponibles :

C'est avec cette amie que j'ai connue en cinquième et avec qui j'ai fait ce régime en quatrième, c'est avec elle que j'ai commencé à savoir qu'on mangeait des « calories », qu'il fallait perdre des calories, parce que avant je me préoccupais mais franchement pas

---

25. Dans son analyse de l'alimentation dans la prime enfance, S. Gojard met au jour et distingue deux modes de diffusion des règles d'alimentation des nourrissons : un « mode savant », caractérisé par un « recours aux instances légitimes que sont le pédiatre ou les manuels de puériculture, et qui se rencontre plutôt chez les femmes des classes supérieures », et un « mode familial, caractérisé par une transmission intergénérationnelle » qui est surtout fréquent chez les femmes des milieux populaires. Voir S. GOJARD, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*, vol. XLI, n° 3, 2000, p. 475-512. On pourrait faire l'hypothèse que cette distinction se retrouve en ce qui concerne la diffusion des techniques de régime – le deuxième mode étant à la fois « familial » et « amical » – et que la dénonciation opérée par l'infirmière s'inscrit dans cette opposition.

du tout, je savais pas que, en courant, on allait perdre plus qu'en... Ça me venait pas du tout à l'idée... Et c'est avec cette amie qu'on a commencé à lire des magazines sur les régimes... qu'on a commencé à s'intéresser à tout ça [Louise, H].

Enfin, une troisième source d'apprentissage des techniques comprend tous les « moyens de communication » qui permettent l'accès à une technique donnée<sup>26</sup> : l'ensemble de la littérature normative diététique, comme les régimes des magazines féminins ou la littérature de conseil diététique. Les magazines féminins et leurs articles sur les régimes sont très souvent évoqués, ainsi que les ouvrages ou les guides qui recensent les teneurs caloriques des aliments :

Priscille : – Ah là oui, je pouvais dire combien fait de calories une tomate en fonction de son poids, holà, oui, pour ça...

MD : – Et ça c'était quelque chose, des connaissances que t'avais d'avant ou... ?

P : – Que j'ai acquises, oui, par des bouquins... Pas [en allant voir] des médecins, ou des choses comme ça, mais moi-même sur les listes en regardant les calories [Priscille, C].

De fait, la diffusion des normes et des techniques est tellement effective et répandue dans le cas de la diététique et du régime que, bien souvent, l'apprentissage de ces techniques n'est même pas attribué à une source particulière. Les connaissances diététiques sont présentées comme un bon sens diététique, ce que tout le monde sait bien qu'il faut faire pour maigrir : une « culture de l'honnête femme », en quelque sorte.

Cette première définition du « commencement » est donc la description d'un régime, type particulier de pratiques alimentaires visant à la transformation de l'apparence corporelle par la perte de poids, dont on a vu le caractère à la fois collectif et normé. Certaines des interviewées font référence, lorsqu'elles évoquent ce régime, aux théories médicales qui en font un premier stade de l'anorexie. Mais le « comme tout le monde » de ce régime, déjà cité, ne fait pas seulement référence à ces

---

26. « Les motivations déviantes ont un caractère social même quand l'activité est accomplie, pour l'essentiel, en privé, en secret et dans la solitude. Dans les cas de ce genre, divers moyens de communication peuvent se substituer à l'interaction face à face pour faire accéder l'individu à la culture déviante » : H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 54.

théories médicales en pathologisant rétrospectivement ce régime, il ne signifie pas seulement « comme toutes les anorexiques ». Il peut aussi être interprété comme l'exact contraire de la pathologisation, à savoir une tentative de normalisation par l'interviewée de ce qu'elle sait par ailleurs être pathologisé : le « tout le monde », c'est aussi l'ensemble des femmes (de la famille ou du groupe de pairs de l'interviewée) qui suivent un régime, et on a d'ailleurs pu analyser ensemble les entretiens réalisés à l'hôpital et ceux avec les interviewées « non anorexiques » du lycée L. L'usage de cette expression par les interviewées en tant qu'anorexiques tend à souligner qu'il n'y a rien d'exceptionnel dans ce premier moment, rien qui leur soit apparemment particulier, sinon, on le verra, le fait que ce régime puisse être rétrospectivement décrit comme un « commencement ». Mais ce « comme tout le monde » masque cependant le fait que toutes les interviewées ne font pas d'un régime le « commencement » de leur « expérience avec l'anorexie ».

*Ne pas « commencer » tout de suite par un régime*

Dans quelques-uns des entretiens en effet, ce qui est défini comme un « commencement » est une perte de poids initiale qui n'est pas le résultat d'un régime. Ce qui apparaît dans les premières phrases de l'entretien n'est plus le « j'ai commencé à faire un régime » relevé plus haut, mais un « j'ai commencé à maigrir » :

En fait j'étais en troisième [...] et je faisais trente-neuf kilos un truc comme ça, et au bout de six mois je me suis pesée, je sais pas pourquoi, et j'ai vu que j'avais perdu cinq kilos... [Camille, C].

J'ai commencé à maigrir [...]. Ça a commencé comme ça [...]. Au départ je réalisais pas que je maigrissais, puis [j'avais] aucune envie de régime au départ... [Priscille, C].

Plus précisément, il peut y avoir eu, « avant », des régimes déjà entrepris ou une volonté de maigrir, mais cette perte de poids ne leur est pas rapportée, elle est livrée comme une donnée première et un déclencheur de la suite, et non comme le résultat d'une stratégie initiale. Cette perte de poids est en revanche parfois rapportée à une occasion spécifique de ne pas manger ou de perdre du poids, c'est-à-dire à un événement extérieur et contingent qui marque son début, que cette occasion soit

pénible (« C'était à la suite d'une hospitalisation, je m'étais fait arracher les dents de sagesse et je pouvais pas... pas manger, que des compotes des choses comme ça » [Sophie, C]) ou heureuse (« Il se trouve que j'avais rencontré quelqu'un et puis ben... que finalement au départ on vit un petit peu d'amour et d'eau fraîche... » [Priscille, C]).

Les modèles du « régime » et de la « perte de poids » ne constituent cependant pas une alternative exclusive. Dans ce deuxième type de modèle, il existe en effet un « moment » – au cours de cette première phase – où la perte de poids initiale est réappropriée à l'intérieur d'un régime ou d'une volonté de maigrir qu'elle déclenche alors, comme on peut le voir si on poursuit par exemple les extraits cités ci-dessus :

[Suite à l'opération des dents de sagesse]. *J'avais dû perdre un ou deux kilos et puis je m'étais dit, « ben si je continuais... comme ça ? »* Et en fait je m'étais fixé un début de... je sais pas combien je faisais en mètres, peut-être un mètre soixante, quelque chose comme ça, et puis je m'étais dit : « Ben je vais jusqu'à quarante kilos, je perds jusqu'à [être à] quarante kilos » [Sophie, C].

[Suite à la vie d'amour et d'eau fraîche] Et je crois que c'est un petit peu comme ça que ça a commencé, quoi... *Parce que j'ai commencé à perdre du poids, puis ça a commencé à me plaire [...].* Au départ je réalisais pas que je maigrissais, puis [j'avais] aucune envie de régime au départ... *Mais après, oui...* [Priscille, C].

Ce modèle n'est pourtant pas spécifique aux interviewées en tant qu'anorexiques. Anne, une interviewée du corpus lycée, évoque également une perte de poids initiale, réappropriée et reconvertie en régime :

Cet été, je suis partie en Afrique pendant cinq semaines, j'ai rien mangé ! Mon père habite au Zaïre, donc je suis partie le voir là-bas pendant cinq semaines [...]. Comme j'étais régulièrement malade... Je mangeais pas quand j'étais malade [...]. J'ai perdu cinq kilos à peu près... Ouais, c'est pratique pour le régime ! [...] Question poids, c'est positif [...]. *Et après j'ai continué à perdre du poids [...].* Ben évidemment j'étais contente après coup ! C'est sûr que quand t'es malade, tu t'en fous, c'est vraiment désagréable. Mais c'est vrai qu'après coup tu te dis « Ahhh ! J'ai quand même perdu cinq kilos... C'est pas mal ! »... C'est vrai qu'après coup j'étais contente. [Anne, L].

Il y a donc ici une perte de poids initiale, présentée comme non voulue, mais réappropriée comme régime, puis poursuivie sur cette lancée. On se trouve donc dans un modèle séquentiel de carrière où les « motivations » concrètes ne précèdent pas l'entrée dans la carrière mais naissent d'une dynamique propre, et où, pour paraphraser H. Becker, ce ne sont pas les motivations qui conduisent au comportement, mais le comportement qui produit, au fil du temps, la motivation<sup>27</sup>.

Ce qui distingue de ce fait les deux premiers modèles de « commencement » présentés, c'est moins leur nature que leur chronologie. Dans le premier cas, l'engagement dans la carrière est opéré d'emblée ; dans le deuxième, une entrée moins active dans la carrière est suivie d'un processus d'engagement identique à celui du premier modèle. Il existe cependant une spécificité du régime lorsqu'il est entrepris dans un deuxième temps de la première phase : il s'agit, dans la majorité des cas, d'un régime sinon en secret, du moins en solitaire. Dans les entretiens du corpus, tous les régimes en solitaire ne font pas suite à une perte de poids initiale, mais tous les régimes qui font suite à une perte de poids initiale se font en solitaire et sans définition publique du régime : sans prescripteurs, sans accompagnateurs, et avec les sources écrites comme sources principales d'apprentissage diététique.

### *Ne pas « commencer » seulement par un régime*

Enfin, un troisième modèle de « commencement » peut être dégagé de l'analyse des entretiens : un engagement sur plusieurs fronts, qui comprend un régime mais ne s'y réduit pas. Tout d'abord, le régime peut être inclus dans un ensemble plus large de pratiques corporelles, comme les pratiques sportives ou vestimentaires. En même temps qu'elle débute un régime, l'interviewée se met au sport ou multiplie les pratiques sportives – augmentation du temps passé ou diversification des activités physiques entreprises. Elle peut aussi changer activement de style vestimentaire, ou plus généralement d'apparence par un changement de coiffure ou une pratique de maquillage nouvelle ou différente :

---

27. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 64.



[Avant] je m'occupais pas tellement de mon apparence, la façon dont on s'habillait [...]. [Mais là] j'ai fait attention, j'ai voulu me maquiller, me mettre des bijoux, me mettre différentes choses [...]. Je me suis fait teindre les cheveux de couleur cuivrée [Priscille, C].

Paf ! J'ai commencé à foncer dans les magasins, Etam, machin, tout ça... Regarder dans les magazines, à vouloir m'habiller beaucoup mieux, à... me mettre à la mode [Sophie, C].

Je me suis acheté beaucoup de vêtements, j'ai voulu un petit peu changer de style... [Louise, H].

Donc là ce que je te disais, quoi, j'étais habillée très court, je passais des heures à m'habiller, des heures à me coiffer, des heures à me maquiller [Christine, C].

Dans certains cas – ceux présentés ci-dessus –, c'est simultanément que ces diverses pratiques sont engagées. Mais si l'on réétudie certains entretiens qui décrivent le « commencement » comme un régime, on peut noter que cette diversification des actions entreprises peut aussi venir au fil du temps, c'est-à-dire au fil du régime :

J'avais plus [= davantage] envie de m'habiller, de mettre des jupes et tout ça, donc je m'achetais des vêtements... [Julie, H].

En fait, je voulais pas que maigrir, à la fin [du régime, c'est-à-dire du « commencement »] je voulais aussi me muscler. Comme ça, « bon d'abord je serai aussi bonne en sport » [Anne, H].

La diversité des actions entreprises au « commencement » peut donc aussi être une diversification, progressive et procesuelle, qui s'étale alors sur un temps plus long dans la première phase de la carrière.

En même temps que le régime introduit une discontinuité avec les pratiques alimentaires antérieures, ces diverses pratiques corporelles témoignent elles aussi d'une volonté de transformation de l'apparence corporelle, qui ne se limite donc pas à la seule corpulence. Mais ce qui est apparemment plus surprenant, c'est que puissent intervenir au même moment des modifications dans les pratiques scolaires de certaines des interviewées. La définition sociale du régime peut comprendre le fait d'ajouter à la restriction alimentaire la pratique d'un exercice physique, voire le fait de remodeler plus généralement l'apparence physique par les vêtements, le maquillage ou la coiffure. Mais les entretiens font apparaître que le domaine

scolaire peut constituer un autre domaine d'engagement lors de cette première phase de la carrière : les pratiques de transformation de soi engagées ne visent pas seulement la transformation de l'apparence corporelle et ne concernent pas le seul domaine du corps.

La transformation des pratiques scolaires peut d'abord se marquer par une augmentation du temps passé à travailler :

Avant j'étais moyenne quoi, enfin ça allait mais... y'avait des devoirs qu'étaient pas rendus. [...] Donc là je me suis plongée dans les études [Christine, C].

C'était le deuxième trimestre [de la seconde], pour savoir dans quelle section on allait passer. Et moi, vu que je voulais passer en première S, je me suis dit : « Bon allez, je vais leur en mettre plein la vue... je vais travailler » [...]. Je voulais être encore meilleure que ce que j'étais [...]. J'étais bonne avant en seconde [...] mais je sais pas, il fallait vraiment que je sois top, quoi [...]. J'ai commencé à beaucoup travailler [Louise, H].

J'étais encore plus dans le travail que d'habitude [Mathilde, H].

Certains des matériaux recueillis lors de l'enquête permettent même d'approcher cette modification des pratiques scolaires en « temps réel » – et non pas seulement rétrospectivement. Les dossiers scolaires des interviewées de la clinique C comportent en effet leurs bulletins depuis les classes de quatrième ou de troisième. Les appréciations des enseignants, ainsi que l'appréciation globale portée sur les bulletins contemporains de ce moment de « commencement » peuvent être interprétées comme une perception enseignante de cette transformation des pratiques scolaires. En effet, en ce qui concerne les interviewées qui parlent en entretien d'un changement dans les pratiques scolaires au moment du « commencement » et pour lesquelles on dispose des dossiers scolaires, les appréciations portées par les enseignants à ce même moment manifestent la discontinuité introduite par la hausse de l'investissement scolaire. Sur le bulletin du deuxième trimestre de première de Priscille [C], on peut lire les appréciations suivantes : « Beaucoup de sensibilité et d'intérêt pour la classe. Poursuivre l'effort de méthode » (français) ; « C'est bien. Vous êtes très appliquée et cela vous fait progresser » (histoire-géographie) ; « Beaucoup de sérieux et de régularité dans l'effort » (anglais) ; « A progressé nettement » (espagnol) ; « Un petit mieux » (maths) ;

« Travail régulier qui porte ses fruits » (physique) ; « Mieux globalement » (biologie) ; « Des progrès dans quasiment toutes les matières. Il reste certes beaucoup à faire en mathématiques, mais gardez confiance : vous êtes sur la bonne voie » (appréciation générale). La manifestation de cette rupture dans le parcours scolaire est encore plus évidente et institutionnalisée dans le cas de Christine [C], Yasmine [C] et Sophie [C] qui toutes les trois passent des « Encouragements » aux « Félicitations » dans l'appréciation générale du trimestre qui est celui qu'elles définissent comme le moment du « commencement ». Les termes qui reviennent alors dans ces bulletins vont également dans le sens de la perception d'une nouvelle forme d'investissement scolaire et de son efficacité, avec le couple « efforts/progrès » qui revient constamment ou, plus spécifiquement encore, ceux de « volontaire », « motivée », « travail très approfondi », « persévérance » pour Sophie.

Ce n'est donc pas seulement le corps qui est travaillé, et ce n'est pas seulement la balance qui marque le résultat des efforts entrepris au cours de ce premier moment. Pour ce troisième modèle, il est plus exact de parler d'un ensemble organisé de pratiques qui inclut un régime que d'un simple régime, et ce non seulement du fait de la concordance dans le temps de l'engagement corporel et de l'engagement scolaire, mais également dans la mesure où ils peuvent être explicitement reliés dans les entretiens, comme lorsque Véronique évoque une transformation d'elle-même tout à la fois corporelle (cesser d'être « grosse et moche ») et scolaire (ne plus être un « cancre ») :

[Le « commencement »] correspondait à mon bac, après lequel j'ai énormément grossi. [...] J'étais grosse et moche, quoi [...]. Et donc je suis entrée en fac et là j'ai décidé que ça suffisait. En fait ça a été marqué, si vous voulez, par des étapes... pas "professionnelles" mais... intellectuelles [...]. J'ai été un cancre jusqu'à la seconde, en seconde ça s'est un peu amélioré, enfin j'ai eu mon bac du premier coup, et puis je me suis révélée, si je puis dire, en fac... En première année j'ai eu une mention et la seconde année j'ai été première de mon année » [Véronique, I].

Le régime prend alors son sens dans une diversité de pratiques, et y réduire cette première phase ne rend pas compte des liens qui existent entre les domaines de cet engagement

plurifrontal. Ce dernier apparaît par excellence dans le récit que fait Yasmine du « commencement » de son « expérience avec l'anorexie » :

Vraiment je me suis dit : « Bon faudrait peut-être que tu te muscles, etc. » mais comme j'ai toujours été une fainéante, super-fainéante, « bon là tu perds ce que tu as de fesses, au moins ça se verra pas que tu n'as pas de muscles ! » [...] Mais y'avait pas que ça, y'avait aussi [le scolaire]... Même les matières qui étaient avant mes bêtes noires, je m'y mettais à fond, en me disant : « Y'a pas de domaine qui me résistera. » [...] Finalement, je m'y suis mise à fond... Même le sport, avant c'était ma bête noire, depuis que je suis petite, le sport, je suis nulle... Alors, j'ai « fait des efforts », et tout [...]. Et aussi, j'ai commencé à lire... Pas mal de bouquins, etc. Je voulais me faire une culture béton... [...] Parce que en fait, avant je lisais mais... ce qui me plaisait, moi je marchais pas mal au coup de foudre, et puis là je voulais me [elle insiste sur le verbe] *faire* une culture vraiment, me faire une culture béton [...]. Je m'habillais beaucoup plus chic-chic, etc. C'était souvent jean noir, tee-shirt ou débardeur bien moultant, bien décolleté, ou petit haut et veste noire, des Collège aux pieds... C'était vraiment le classique de chez classique... Cheveux bien coiffés, maquillage... [Yasmine, C].

Le régime n'est donc ici qu'une des composantes de l'entreprise qui marque l'engagement dans la carrière anorexique : un ensemble à la fois diversifié et cohérent de pratiques dont la spécificité première est leur caractère volontariste. Il n'y a pas seulement une transformation ou une apparition des pratiques, mais bien une mise en place ou une modification volontaires de ces dernières. Il s'agit en effet de *se faire* un corps, se faire un style vestimentaire, se faire un niveau scolaire choisi et non pas subi, et enfin de se faire une « culture en béton », et tout ceci en « y allant à fond ». Pour désigner cette transformation de soi par l'effort, à la fois dans sa cohérence et dans son caractère volontaire, Yasmine parle de « prise en main » :

Ça a commencé un peu comme ça, un peu à la... « je me prends en main », c'était vraiment... « je vais me prendre en main » [...]. Et donc petit à petit j'ai commencé à me prendre en main [Yasmine, C].

On retrouve une expression identique chez Annabelle, à ceci près que le terme de « reprise en main » qu'elle emploie évoque le fait que la prise en main fait suite à un relâchement antérieur :

Parce qu'il y avait le côté, en prépa, comme je faisais plus rien, enfin, je travaillais pas mes devoirs, je les repompais sur les élèves, au bout d'un moment j'ai commencé à réagir en me disant, « bon, ça va pas, là t'es en train de plus rien faire, il faut que tu retrouves un peu, tu vois, l'énergie du bon vieux temps où tu travaillais, et que t'apprennes des choses, et que tu bouges », et en même temps ça correspondait à peu près avec le début de l'anorexie. Où il y a aussi le côté, tu vois, « reprise en main physique » [Annabelle, I].

Or ce terme de « prise en main » peut apparaître comme particulièrement juste et pertinent pour désigner ce qui se passe lors de cette phase d'engagement dans la carrière anorexique : terme ayant émergé des entretiens, il semble bien qu'il puisse devenir un terme de description et d'objectivation qui permet de revenir sur ce qui a été décrit plus haut et de saisir ce qui fait l'unité des trois modalités du « commencement ».

## Se « prendre en main »

Dans la carrière de séparation des couples (*uncoupling*) décrite par D. Vaughan, « tout commence par un secret<sup>28</sup> ». Ici, on pourrait dire que tout commence par une discontinuité introduite par une « prise en main », dont il s'agit maintenant de préciser la nature et le statut.

### *Une rupture mise en pratiques*

Cette discontinuité peut apparaître tout d'abord comme une modification de certaines habitudes : modification des habitudes alimentaires (par le régime), des pratiques d'entretien du corps (par l'exercice physique, le changement de « look »), et des pratiques scolaires et culturelles. De ce point de vue, cette première phase d'engagement dans la carrière anorexique constitue une discontinuité et un point de rupture par rapport à un « avant » des habitudes et des pratiques dans ces différents

---

28. D. VAUGHAN, *Uncoupling. Turning Points in Intimate Relationships*, Oxford University Press, Oxford, 1986, p. 11.

domaines. Or ce point de rupture a comme caractéristique principale sa modalité volontaire – si on ne fait pas disparaître sous ce terme le caractère normé de ces pratiques. Dans tous les entretiens réalisés à l'hôpital, la modification des habitudes alimentaires est présentée comme ayant été *décidée* – à un moment ou à un autre, au début du « commencement » dans les premier et troisième modèles présentés, dans un deuxième temps du « commencement » dans le deuxième modèle. Louise [H] emploie à plusieurs reprises l'expression « Bon allez ! » auto-adressée, pour désigner le type de posture qui était la sienne lors du « commencement », que l'on peut alors rapprocher par exemple du « Paf ! J'ai commencé [...] à vouloir m'habiller beaucoup mieux » de Sophie [C], du « j'ai décidé que ça suffisait [d'être "grosse" et "moche"] » de Véronique [I] ou du « j'ai commencé à réagir » d'Annabelle [I], et de tous les « j'ai voulu » et « j'ai décidé » qui apparaissent dans les extraits d'entretiens présentés plus haut. La discontinuité par rapport aux habitudes alimentaires, vestimentaires, corporelles et scolaires antérieures est donc non incidente mais recherchée : il s'agit explicitement de se transformer, de « se faire » différente, pour reprendre le terme que ne cesse d'employer Yasmine [H] dans l'extrait cité ci-dessus, corporellement, par le régime, le changement de « look » ou le sport, scolairement ou culturellement.

Cette rupture décidée est également une rupture effective : pour les interviewées en tant qu'anorexiques, le régime a été efficace et du poids a été perdu lors de cette première phase. Le cas échéant, les bulletins scolaires peuvent porter la marque de l'efficacité de l'augmentation des investissements scolaires. Le terme de « prise en main » peut donc sembler pertinent pour désigner le caractère situé dans le temps, le caractère « volontaire », et le caractère effectif de l'engagement dans la carrière anorexique. « Se prendre en main » réunit le sens de deux expressions : « se prendre par la main » (c'est-à-dire s'obliger à faire quelque chose, s'entraîner soi-même à faire quelque chose), et « prendre en main » quelque chose, le prendre en charge, s'en charger. « Se prendre en main », c'est alors s'obliger soi-même à se prendre en charge soi-même. La prise en main décrite ici peut donc être définie comme la mise en place d'un ensemble cohérent d'actions de rupture avec les habitudes antérieures, une mise en pratiques, c'est-à-dire aussi une mise en actions, de la modification de soi. Cette définition

vaut tout autant pour le simple régime que pour les formes plus étendues de prise en main relevées.

Les trois modèles de « commencement » présentés apparaissent alors comme trois modalités d'un même processus d'engagement dans une prise en main, dont les variations s'organisent selon deux axes. Le premier axe est chronologique et oppose des temporalités différentes de la prise en main : dans les premier et troisième modèles, la prise en main est à l'origine du commencement. Dans le deuxième modèle (celui de la perte de poids initiale), elle est décidée dans un deuxième temps et prend la forme d'une réappropriation active de la perte de poids. Le deuxième axe est celui de l'extension de la prise en main et de la variation des fronts sur lesquels elle s'exerce : l'alimentaire, le corporel, le scolaire, le culturel. Mais la question même des fronts de la prise en main se joue aussi temporellement : on a vu qu'il pouvait y avoir non seulement diversité de ces fronts, mais aussi diversification des domaines sur lesquels la prise en main s'exerce au cours du temps. Ces deux axes dessinent donc l'espace des variations d'un même processus de prise en main à la fois dans le temps et dans les fronts d'action, les domaines pratiques sur lesquels elle s'exerce.

### *Entrées et sorties de la prise en main*

Pour continuer à caractériser cette prise en main, il faut enfin la resituer dans un univers des possibles plus large, ce qu'un retour à l'examen du corpus d'entretiens réalisé en lycée peut permettre d'ébaucher.

On l'a dit plus haut, toutes les interviewées du corpus lycée « parlent » de régime. L'unique interviewé garçon de ce corpus en parle également... à propos de ses sœurs. Mais la prégnance de ce *discours* sur le régime ne se traduit pas obligatoirement par une même généralité des *pratiques* de régime<sup>29</sup>. Le régime comme prise en main doit donc être différencié d'un certain nombre de situations que les entretiens effectués en lycée permettent d'approcher. Il s'agit de replacer cette manière de « commencer » dans le spectre des manières de « ne pas commencer », qui peuvent être également des manières de « sortir » d'une phase qui ne sera pas alors définie comme un « commencement ».

---

29. C'est la thèse avancée par M. NICTER, *Fat Talk*, *op. cit.*

L'examen des entretiens réalisés en lycée permet de faire apparaître une cartographie des rapports à la norme du régime qui ne saurait être qu'ébauchée ici. La norme forte du régime produit trois types de positionnement d'écart à cette norme et à sa mise en pratique. La pratique du régime peut tout d'abord être disqualifiée comme méprisable par la façon dont elle place l'apparence physique en haut d'une hiérarchie des priorités :

Ça, pour moi je supporte pas les filles comme ça, c'est superficiel quoi... « Ouais, machin, je suis trop grosse, j'ai pris deux grammes, oh là là c'est la cata et tout » [...]. C'est les grandes blondes à cheveux longs... Non mais c'est les filles superficielles qui s'attachent que à leur apparence [...]. C'est pour ça que je fais pas trop attention quoi... Mais c'est vrai que je devrais faire plus attention... [Caroline, L].

En même temps, on le voit dans cet extrait, la posture de disqualification de la norme s'accompagne d'une forme de soumission (« c'est vrai que je devrais faire plus attention ») et introduit déjà de fait un deuxième type de positionnement d'écart non par disqualification mais par impuissance, qui est celui par exemple d'Élodie ou de Juliette :

Moi, je me dis souvent : « Je vais faire un régime », mais pour me consoler du régime que je n'ai pas encore fait, je prends une glace... Or je ne fais jamais de régime... Donc... [Élodie, L].

Juliette : – Franchement, les trucs de régime, soit c'est naturel et j'arrive, mais genre « restriction », j'arrive trop pas...

MD : – Et comment tu fais la différence ? Restriction, c'est...

J : – Je sais pas, y'a genre... En ce moment j'arrive à réduire sans me faire du mal, quoi. Et genre y'a la restriction quand c'est trop dur. Genre je passe devant un truc, je salive et je suis comme ça, « je le veux je le veux je le veux ». Mais genre je suis vachement gourmande, c'est ça aussi, je suis trop gourmande [Juliette, L].

Comme on le voit dans ces deux extraits, c'est le régime comme « prise en main » qui est défini comme impossible. La prise en main n'est pas effective, car il n'y a pas mise en pratiques d'une discontinuité, la flèche du temps des pratiques ne peut pas être orientée en fonction d'un avant et d'un après,



comme le montre le mélange des temps dans la remarque d'Élodie – « pour me consoler du régime que je n'ai pas encore fait ». Quant à Juliette, c'est le caractère autocontraint de la prise en main qui définit son impossibilité – ce qu'elle appelle la « restriction » et qui va contre le « naturel ».

Enfin, un troisième type de positionnement fait du « faire attention [à ce qu'on mange] » un troisième type d'opposition au régime comme prise en main. Dans ce cas, ce n'est pas l'autocontrainte qui est refusée ou jugée impossible, mais bien le seul caractère discontinu du régime. Faire attention est présenté comme un processus continu, qui n'est pas marqué par un moment de début précis, même si on peut parfois noter des microprises en main (« *hop* je vais prendre une pomme »), ponctuelles et non impératives :

MD : – Et toi tu disais, t'en as suivi aussi des régimes ?

Soizic : – Non... Moi j'ai pas suivi de régimes... Je fais attention, mais j'ai pas suivi de régimes...

MD : – Et quand tu fais attention tu fais quoi en fait ?

S : – On va dire que je vais essayer de moins manger des trucs en dehors... Parce que souvent quand j'ai tendance à rentrer à la maison, si par hasard y'a une tablette de chocolat ou un petit truc à base de chocolat, je vais avoir assez tendance à prendre quoi... Mais bon... par exemple, en faisant attention, à la place je me dirais « *hop* je vais prendre une pomme, ou un fruit... » Mais sinon... Éviter trop de sauce... Mais [...] quand j'ai vraiment envie et que ça me fait plaisir, ben je prends et puis voilà... [Soizic, L].

Ces trois types de positionnement (le régime comme illégitime, le régime comme impossible, le « faire attention » comme contrainte souple et continue à la différence du régime) s'opposent tous les trois à la prise en main. Ils font alors apparaître la spécificité des régimes « tenus » présentés précédemment. Le régime qui est défini comme un « commencement » et qui marque l'engagement dans la carrière anorexique est en effet un régime « tenu », par opposition par exemple à d'antérieures « volontés de maigrir » non suivies d'effets, à des régimes précédents moins strictement suivis ou moins efficaces, ou aux tentatives de régime des accompagnateurs :

J'étais fière d'avoir *tenu*, ça les [sa mère et sa sœur] avait étonnées » [Sidonie, H].

Si elle [sa sœur qui faisait un régime avec elle] avait envie de bouffer un gâteau une fois, elle en bouffait un [alors que moi non] [Sabine, I].

Comme tout le monde j'ai commencé à vouloir faire un régime pour perdre quelques kilos... *J'ai vu que j'y arrivais* [Julie, H].

Avant j'avais établi une petite liste, je me rappelle, « ne jamais se réserver, ne prendre qu'un seul fromage, au goûter ne prendre que la taille d'un petit doigt de pain »... mais je sais que je l'avais pas *tendue* à l'époque, donc ça devait quand même être avant la Toussaint [définie comme le moment du « commencement »] [Anne, H].

Ce que cette caractérisation d'un régime « tenu » implique, c'est en fait sa nature de prise en main : le respect du régime, d'une part, et son efficacité, de l'autre, en font donc une prise en main effective qui permet de dater le moment du « commencement » (« je ne l'avais pas tenue à l'époque, donc ça devait quand même être avant la Toussaint ») par la discontinuité introduite par la prise en main.

Il existe cependant des cas de récits de prise en main dans le corpus d'entretiens réalisés au lycée. Géraldine, qui a déjà fait un régime, utilise même le terme pour évoquer le fait de réagir à une situation antérieure :

Soizic : – [Il y a des moments où] on s'observe dans la glace et puis...

Géraldine : – « T'es grosse ! »

S : – Ouais ! [rires] [...]. C'est plus des périodes où on se regarde dans la glace et... beuhhhh... [...] Ça peut être par exemple des moments où à l'école, au niveau des notes, par exemple ça va pas trop...

MD : – [à Géraldine] Tu dirais ça aussi ?

G : – Ouais, où on a beaucoup de travail et on n'arrive pas à assumer quoi.

S : – On se sent débordées... [...] C'est quand rien ne va...

G : – C'est un tout quoi. Et peut-être aussi, je sais pas, y'a des périodes où on a envie que rien n'aille. Je sais pas ça permet peut-être aussi de *se reprendre en main* de se dire ça [Géraldine et Soizic, L].

Quant à Sophie, elle utilise le « allez hop ! » de la prise en main pour évoquer une prise en main « à trois », dans un extrait où c'est encore le caractère discontinu de la prise en main qui manifeste sa mise en pratiques effective (« vraiment faire » par rapport à « ne pas faire vraiment ») :

En fait là on s'est décidées, on a fait, « ouais c'est débile quoi, on commence [un régime et à faire du sport] on n'arrête jamais, enfin, on n'arrête jamais complètement, on fait jamais complètement... » Alors là on a fait : « Bon *allez hop*, cette année, sport, à la rentrée du mois de septembre on se met toutes les trois à essayer de faire un peu de fitness des trucs comme ça » [Sophie, L].

Il y a donc des cas de régimes comme prises en main qui sont décrits dans les entretiens effectués au lycée. Mais ces prises en main se définissent par un caractère doublement limité. Tout d'abord, elles sont limitées dans leur extension au front alimentaire et corporel. Même dans le cas de Géraldine, cité plus haut, où la prise en main est définie par rapport à une situation où « rien » – à la fois le scolaire et le corporel – « ne va », la prise en main ne s'en exerce pas pour autant sur d'autres fronts que le front corporel, ou du moins les interviewées du corpus lycée n'y font pas référence – on se souviendra cependant que l'enquête en lycée était présentée comme une enquête sur les « comportements alimentaires », ce qui prédétermine d'emblée les thèmes de l'entretien. De plus, les cas de prise en main dans ces entretiens sont présentés comme étant toujours déjà limités temporellement ou en fonction de l'obtention d'un objectif précis et décidé auparavant. À la prise en main sont assignés un début et une fin. Mona [L], par exemple, « décide » de faire un régime tous les ans à l'approche des grandes vacances : elle se fixe une date de début et un poids à perdre, et s'arrête quand elle a atteint ce poids. Dans la prise en main « à trois » décrite par Sophie, le principe est identique :

On se donne un poids. Ma sœur, c'est cinquante-deux [kilos], moi c'est cinquante et ma mère... la plupart du temps c'est cinquante-cinq [...]. En fait je m'étais dit : « Je m'arrêterai à tel poids »... et à tel poids je me suis arrêtée [Sophie, L].

Par ailleurs, la prise en main peut également être arrêtée lorsque d'autres objectifs interfèrent avec ceux qui lui sont assignés, comme le fait de « tenir » scolairement :

Pour les brevets blancs tout ça, chaque fois je sortais j'avais la tête qui tournait... Je tombais dans les pommes... [...]. J'ai plus [= davantage] mangé parce qu'il fallait que je tienne [...]. En fait je vais manger pour pouvoir, par exemple en cours, comme je sais qu'avant je tombais dans les pommes, pour pouvoir suivre à l'école. [...] Quand je sais qu'il faut que je fasse quelque chose d'important [à l'école] il faut que je mange... Je sais qu'il faut que je tienne... [...] [Pour le brevet] J'ai révisé un peu en dernier, mais c'est les jours où j'ai révisé que je me suis mise à manger... Quand je me suis dit, « ouais faut absolument que je fasse ça » [...]. Je sais que je tiendrais pas [un régime pendant une période scolaire chargée], puisque j'ai déjà essayé : je tombe dans les pommes ! [Sophie, L].

Toutes les lycéennes interrogées ne s'engagent donc pas dans la première phase de la carrière. Mais de plus, certaines de celles qui s'y engagent en sortent : cette sortie est alors un simple arrêt de la prise en main, parce que le régime n'est pas « tenu » ou parce qu'il est « arrêté ». De ce point de vue, les sorties de la carrière au cours ou à la fin de cette première phase sont « faciles » : c'est au contraire, dans le corpus lycée notamment, le fait de s'y maintenir qui est présenté comme difficile parce qu'il exige des efforts importants. Le sens du corps, si l'on désigne par cette expression la dynamique et la force interne des dispositions précédemment incorporées, « pousse » à l'arrêt, et il doit être contré par un travail spécifique pour rendre possible de maintenir la prise en main.

Cette première phase de la carrière anorexique, que les interviewées désignent par le verbe « commencer », constitue donc un même engagement dans une prise en main, qui varie d'un cas à l'autre par sa chronologie ou les fronts sur lesquels elle s'exerce. Les pratiques de transformation corporelle qui sont mises en œuvre sont loin de se réduire à des techniques de perte de poids : régime, sport, mais également changement de style vestimentaire, de coupe de cheveux ou de maquillage. Une prise en main analogue peut être effectuée sur un autre front par de nouvelles formes d'investissement scolaire ou culturel visant à l'excellence dans ces domaines : une volonté de « se faire une

culture », ou un niveau scolaire, qui répond à celle de « se faire un corps » dans le cas du front corporel. Cette entreprise de modification des pratiques et des habitudes antérieures nécessite un *véritable travail de transformation de soi*, qui s'exerce sur des domaines pratiques variables et que les interviewées en tant qu'anorexiques vont poursuivre dans la phase suivante.

Par rapport à d'autres carrières déviantes, une spécificité majeure de cette première phase tient au fait que l'activité entreprise n'est pas socialement désapprouvée, bien au contraire, et qu'elle ne sera étiquetée comme déviante que rétrospectivement. Les pratiques de cette première phase sont communes, dans une certaine mesure cependant, aux interviewées en tant qu'anorexiques et à certaines interviewées du corpus lycée, qui quittent pour la plupart, à un moment ou à un autre de la première phase, ce qui ne constituera pas une carrière pour elles. Ce n'est donc qu'au cours des phases suivantes de la carrière anorexique qu'elle devient une carrière déviante, au sens où elle est alors étiquetée comme telle. C'est le fait de « continuer », c'est-à-dire de maintenir l'engagement de la prise en main, qui devient ainsi déviant.

---

## « Continuer » (I) : maintenir l'engagement

Si la première phase était courte, de l'ordre de quelques semaines, et se soldait par une perte de poids de quelques kilos, les deuxième et troisième phases de la carrière s'étalent sur un temps plus long, quelques mois par exemple, et entraînent une perte de poids nettement plus importante. Pour évoquer ce moment de leur parcours, les interviewées utilisent le verbe « continuer », parfois de manière répétée (« j'ai continué, continué... »). Mais l'analyse des corpus d'entretien fait apparaître que cette « continuation » recouvre en fait non pas une mais deux phases, qui se superposent en partie mais peuvent néanmoins être distinguées. Dans la première de ces phases – la deuxième phase de la carrière anorexique –, la question de la continuation ou de l'arrêt se pose du point de vue des interviewées elles-mêmes. Dans la deuxième – troisième phase de la carrière anorexique –, la situation est progressivement, et de plus en plus, définie par des acteurs extérieurs comme une façon de « ne pas s'arrêter ». La perte de poids initiale, qui ne suscitait pas d'autres réactions que positives, se poursuit au cours de ces deux phases et aboutit progressivement à la constitution d'un circuit d'agents qui fait passer certaines des interviewées du « statut de personne normale à celui d'interné<sup>1</sup> ». En ce sens, ces deux phases ne sont pas strictement délimitées : ces deux définitions de la situation entrent progressivement en concurrence dès la deuxième phase de la carrière anorexique, avant que la définition extérieure ne s'impose finalement et que

---

1. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 190.

le « circuit des agents » aboutisse au diagnostic puis à l'hospitalisation. On présentera donc ici la « continuation » du point de vue des interviewées – l'« accomplissement d'un acte donné » – avant de se consacrer à la réaction à cette « continuation » et à ses effets pour les interviewées – à la « définition de cet acte comme déviant<sup>2</sup> » (chapitre 6).

La deuxième phase de la carrière anorexique constitue un maintien de l'engagement dans la prise en main décrite lors du chapitre précédent. Que la prise en main initiale ait été vécue comme facile (« Ça m'a fascinée de perdre du poids aussi facilement... et de voir que je pouvais maîtriser ce que je mangeais » [Christine, C]) ou difficile (« C'est pas si facile que ça, quand on a de l'appétit, de passer à un régime, c'est pas évident » [Anne, H]), son efficacité joue comme condition de possibilité du maintien de l'engagement. Le fait que la prise en main ait été effective rend possibles le maintien de l'engagement et l'entrée dans cette deuxième phase de la carrière anorexique – par différence avec les sorties de carrière identifiées dans le chapitre précédent.

La « continuation » se définit donc tout d'abord par référence avec le moment du régime. L'engagement peut être maintenu parce qu'il a été efficace, qu'il peut rétrospectivement être utilisé comme un test de possibilité : « Si tu veux, en faisant le régime je me suis aperçue [...] que j'avais pas besoin de bouffer autant que je pensais » [Sabine, I].

« Continuer » est également défini par les interviewées par différence avec le fait que les autres, et notamment les accompagnateurs, s'arrêtent :

Entre copines [...] c'était les régimes pour tout le monde... Sauf que elles, ben elles tenaient deux semaines et puis après c'était terminé [Louise, H].

[Christine a commencé par un régime avec sa sœur] Donc elle, ben c'était juste un petit régime d'été, bon elle a perdu ses deux, trois kilos qu'il fallait et puis elle a arrêté. Puis ben moi j'ai continué, continué, continué, continué [Christine, C].

---

2. « Comme l'a remarqué Albert Cohen [...] la théorie de l'étiquetage créait un espace de propriété à quatre cases en combinant deux variables dichotomiques : accomplissement ou non d'un acte donné et définition de cet acte comme déviant ou non déviant », H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 204.

Comme on peut le voir, les interviewées évoquent ce moment de leur parcours, très rapidement, par l'usage, parfois réitéré, du verbe « continuer ». Cette forme de présentation pourrait faire penser que cette deuxième phase n'est qu'une simple poursuite, sur un temps plus long, de la première, qui mène tout droit à l'hospitalisation par l'amaigrissement qu'elle entraîne. Tout en s'appuyant sur cette définition des interviewées, il s'agit néanmoins de ne pas se soumettre totalement à ce caractère d'évidence ou de donnée de la « continuation ». On peut ici penser à l'analyse de la carrière du fumeur de marijuana par H. Becker, qui se situe également en rupture avec une définition qui peut être celle des fumeurs eux-mêmes, de type « j'ai commencé à fumer puis j'ai continué », ou « j'ai fumé de plus en plus ». Pour rompre avec cette version à la fois évidente et continuiste, H. Becker réintroduit dans l'analyse tout ce qui peut être dans un premier temps passé sous silence : les conditions nécessaires à cet engagement progressif dans la carrière. Pour H. Becker, c'est la notion d'apprentissage qui est centrale, sous la forme d'une triple condition de possibilité (l'apprentissage des techniques, celui de la perception des effets et celui du goût pour les effets<sup>3</sup>), parce que la carrière est faite d'activités qui sont nouvelles pour celui qui s'y engage, que l'apprentissage ne se fait pas au grand jour et requiert une initiation au sein d'un groupe déviant. Or les techniques pour « bien maigrir », par exemple, ne sont pas nécessairement apprises au cours de cette deuxième phase, parce qu'elles ont pu l'être avant et peuvent être simplement, pour certaines d'entre elles, mobilisées. La question de l'apprentissage se pose donc ici de manière spécifique, et on tentera de distinguer les anciens apprentissages des nouveaux, en ce qui concerne les techniques, la perception des effets et le goût pour les effets. En adoptant cette posture, on se donne les moyens de repérer, dans les entretiens, ce qui appartient à cette deuxième phase mais est raconté souvent à d'autres moments de l'entretien que celui où les interviewées évoquent brièvement une « continuation ». On peut ainsi faire apparaître le travail qui rend possible le maintien de l'engagement dans la carrière, et

---

3. « En résumé, un individu ne pourra utiliser la marijuana pour le plaisir que s'il accomplit un processus d'apprentissage qui le conduit à se représenter la drogue comme un moyen de parvenir à cette fin. Nul ne devient fumeur s'il n'a appris 1) à fumer la drogue d'une manière qui produise réellement des effets ; 2) à reconnaître les effets et à les relier à l'usage de la drogue (en d'autres termes, à "planer") ; et 3) à prendre plaisir aux sensations perçues », H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 80.



qui est, lui aussi, passé sous silence dans un premier temps des entretiens, ainsi que les effets de cet apprentissage et de ce travail dans l'acquisition de dispositions à « continuer ».

## Le travail sur les techniques

L'analyse de cette phase de maintien de l'engagement, qui poursuit et accentue la prise en main initiale, fait apparaître l'existence d'un *travail* de maintien, réfléchi et volontariste :

C'est pas, « j'ai eu un choc et j'ai arrêté de manger parce que j'étais dégoûtée »... J'ai tellement réfléchi, j'ai vu les magazines, j'ai vu la différence de poids et tout [...] les mannequins y'avait vingt kilos de différence entre leur poids et leur taille [...] j'ai commencé à calculer les calories » [Sidonie, H].

Maintenant je suis assez impressionnée par l'effort de volonté que ça peut représenter ! Parce que j'essaye d'arrêter de fumer... Et j'ai pas du tout la même volonté que celle que j'ai mise à arrêter de manger ! [rires] » [Véronique, I].

Ce travail est tout d'abord un travail sur les techniques. La plupart des techniques de perte de poids utilisées lors de cette deuxième phase sont celles du régime antérieur, mais leur mise en œuvre est intensifiée et rationalisée, de manière croissante, au cours de cette deuxième phase.

### *La rationalisation des techniques*

L'ajustement constant et mesuré des moyens aux objectifs poursuivis permet en effet de parler d'une véritable rationalisation des pratiques de la prise en main. Les techniques mobilisées appartiennent principalement au domaine de la diététique et sont donc du même type que celles utilisées lors de la première phase. Un travail spécifique de recherche d'informations vise cependant à augmenter le stock des techniques disponibles. Progressivement, les interviewées augmentent leurs connaissances dans ce domaine : nombre de calories par aliments, identification des aliments « qui font grossir », distinction des aliments en « classes » – « féculents », « graisses »... Ces connaissances sont alors mises à contribution dans deux directions : le contrôle des apports caloriques journaliers et la

sélection des aliments selon leur nature. Dans ces deux cas, ce sont ces connaissances qui guident les consommations alimentaires. Le contrôle des calories peut être mobilisé à la fois comme critère de décision ponctuel dans le choix des aliments et à l'échelle d'une journée :

Par exemple quand je mangeais une pomme, je me disais « je mange une pomme, je mange une poire ? » je regardais dans le bouquin, qu'est-ce qui est le moins calorique, eh ben le moins calorique... [Émilie, C].

J'avais le tableau des calories et tout ça, tout m'intéressait... Il n'y avait que les calories qui m'intéressaient d'ailleurs, jamais je ne lisais les trucs sur la valeur des aliments, ce que ça apportait, si ça apportait du calcium, du fer, je m'en foutais royalement... Mais c'était aussi parce que j'aimais manger, et je voulais savoir jusqu'où je pouvais aller... Je passais des journées entières à faire des calculs, « ce matin j'ai mangé une biscotte ça fait vingt calories », et à chaque fois je recommençais le calcul [Véronique, I].

Je comptais, je comptais [les calories], je pesais [les aliments], j'avais une petite balance... [Sabine, I].

Les indications de calculs, tout comme les notations chiffrées qui reviennent dans les entretiens, montrent l'importance du caractère réflexif de ce travail de maintien de l'engagement. Le travail constant de comptabilisation et de mesure s'oppose à ce qu'une interviewée du corpus lycée, citée à la fin du chapitre précédent, définissait comme une pente « naturelle » et au nom de laquelle elle excluait la possibilité d'un régime. Isabelle, interviewée pratiquement à son arrivée à la clinique C, décrit au présent cet aspect constamment réflexif par différence avec une « spontanéité » qui évoque là encore l'opposition entre laisser-aller et travail :

Par contre, si en plein milieu de la journée, j'ai faim, genre là, je vais pas m'autoriser à manger quelque chose, enfin, je sais pas... Tu vois, genre là regarde, tu vois ? J'ai ramené des fruits, mais je me dis : « Non c'est pas l'heure, tu attends ce soir, tralala »... [...] Je vais les manger, mais peut-être le matin, je vais les distribuer vachement, je vais pas faire selon mon envie... Si j'ai envie d'une poire, je vais pas la manger avant, ça va être vachement réfléchi avant... Alors que ça devrait être spontané quoi... Réfléchi, parce que compté : « Ah oui, mais ça fait en plus »... Et pourtant c'est qu'une poire... [Isabelle, C].

Par rapport à la première phase, certaines techniques ne changent pas radicalement (compter les calories ou peser les aliments peuvent faire partie d'un régime) mais elles sont mises en pratiques de manière plus systématique et plus constante. En revanche, d'autres techniques sont plus spécifiques à cette phase, comme le fait d'utiliser la comparaison avec d'autres personnes comme technique de restriction alimentaire :

Je regardais les assiettes des autres, et il fallait que je mange toujours moins que les autres [Émilie, C].

[À la cantine] je regardais toujours ce que ma copine mangeait, et à chaque fois je mangeais moins qu'elle, je mangeais la moitié [de ce qu'elle mangeait]. Et comme elle avait des goûts assez difficiles, elle mangeait déjà pas grand-chose, donc moi c'était... [Anne, H].

Quant à la sélection des aliments, si, lors de la première phase, les restrictions alimentaires pouvaient n'être que d'ordre quantitatif – réduire les portions ou les prises alimentaires –, l'augmentation des connaissances diététiques a pour effet de permettre des sélections d'aliments qui en suivent les principes :

Puis après [le commencement], ben je me suis plongée dans les livres [de diététique]. Donc là, j'ai compris que la viande blanche ça faisait moins grossir que la viande rouge... Donc paf ! J'ai supprimé la viande rouge. C'est la première chose que j'ai supprimée. Après j'ai supprimé les féculents. Et puis après je mangeais que des légumes [Christine, C].

Donc très vite tu sais qu'il faut supprimer le sucre et les graisses, enfin, tu penses qu'il faut supprimer le sucre et les graisses. Après tu supprimes la viande parce que c'est gras, après tu supprimes même les yaourts, même 0 % parce que tu te dis que finalement ça doit faire grossir quand même... Et après, oui, la salade. C'est à peu près le seul truc où tu vois pas ce que tu pourrais supprimer [...]. Je sais qu'il y avait des trucs que je mangeais. Au moment de la période des fraises, je mangeais un tas de fraises... Je me nourrissais de fraises. De Taillefine zéro pour cent et de pommes Granny, voilà... [Annabelle, I].

Au fur et à mesure je mangeais mon entrée, et puis trois morceaux de viande, puis deux légumes, trois fois rien... Et puis au fur et à mesure j'ai diminué, diminué... [...] Puis je diminuais, je finissais pas mes assiettes [...]. Au début c'était les quantités, je diminuais un peu tout, mais après j'ai carrément arrêté de manger

des féculents, du pain, du fromage... J'en enlevais au fur et à mesure quoi... [Julie, H].

Le caractère progressif et cumulatif de la restriction alimentaire apparaît dans ces trois extraits. La prise en main – on peut noter le « *paaf* ! J'ai supprimé la viande rouge » de Christine [C] – est constamment réitérée, en accentuant à chaque fois la restriction et le contrôle, toute restriction alimentaire rendant ainsi possible la suivante. Plusieurs des interviewées présentent ainsi comme un fait biologique qu'on ne « puisse pas » passer directement de « manger normalement » à « quasiment s'arrêter de manger ». L'enjeu du travail de maintien de l'engagement est alors d'exercer tout à la fois le corps et la volonté à cette restriction progressive.

Cette façon de trier dans les consommations alimentaires en s'appuyant sur la teneur calorique des aliments n'est pas la seule modalité de restriction alimentaire. C'est parfois uniquement l'apport calorique global qui est contrôlé, et le travail de restriction se fait au moyen d'un compromis entre un contrôle très précis des calories et le fait de continuer à manger des aliments caloriques, gras ou sucrés :

Je préférerais me priver de repas pour pouvoir manger un carré de chocolat au milieu de l'après-midi [Véronique, I].

Yasmine : – En général je me disais « bon, si j'élimine deux œufs durs ça me fait une glace »...

MD : – Et ça tu le faisais ?

Y : – Ouais, je pouvais ne [presque] rien manger pendant deux jours mais me taper une glace » [Yasmine, C].

Je mangeais du fromage blanc zéro pour cent, sans sucre et... par contre je mangeais du quatre-quarts avec... [...] Parce que je me disais que je compensais le sucre [du quatre-quarts] avec le zéro pour cent [Émilie, C].

« Calculer » les calories, « peser » les aliments, « sélectionner » les aliments en fonction de critères diététiques, « diminuer » les prises alimentaires : c'est bien d'une rationalisation des consommations alimentaires qu'il s'agit. On voit donc apparaître un double travail, travail d'information et de recherche sur les techniques, et travail de mise en pratiques de ces dernières. Dans certains cas, on peut même parler d'une

véritable scientification de la perte de poids, comme dans le cas des expérimentations menées par Yasmine :

Yasmine : – Pendant le moment où j'étais bien anorexique, où j'ai bien géré ma perte de poids, etc. Je veux dire, bon j'étais en S [section scientifique], j'ai fait tous les trucs sur le métabolisme, etc. J'ai étudié les bouquins, je me suis cassé la tête, même j'apprenais ça comme ça [en claquant des doigts], à la moindre lecture je pouvais réciter des trucs incroyables... Et j'ai pu gérer ma perte de poids mais d'une manière scientifique... imparable. [...] D'ailleurs en première S, je faisais « sciences expérimentales », et je me suis servie de moi comme cobaye [ton ironique], c'était super... Je me suis tapée un petit 19 [...].

MD : – Et c'est-à-dire tu t'es servie de toi comme cobaye ?

Y : – Sur la respiration, etc., sur la tension, le sang, tout ça, les apports nutritionnels, les effets... les hypoglycémies, les hyperglycémies... Il suffisait de me voir, je pouvais tout gérer parfaitement [Yasmine, C].

Le maintien de l'engagement s'exerce également sur les autres fronts de la prise en main. Parallèlement à cette rationalisation de la restriction alimentaire, le travail sur le front corporel est poursuivi par l'exercice physique :

J'avais repris [la natation], et j'y allais tout le temps, tout le temps, tout le temps, je nageais, je nageais... C'était vraiment devenu... le moyen de perdre quoi [Christine, C].

Chaque fois que dans la semaine j'avais mangé « une » frite, c'était la catastrophe, fallait absolument que je fasse du sport. Et le week-end j'en faisais beaucoup : de la gym, ou du tennis, ou de la natation... tout ce que je pouvais faire [Louise, H].

Abdos matin et soir, matin et soir... En général je faisais vingt minutes le matin, vingt minutes le soir [Sophie, C].

Le maintien de l'engagement scolaire et culturel se marque également par une poursuite, voire une intensification, des pratiques de la prise en main. La hausse et la systématisation de l'investissement scolaire sont en effet analogues au travail effectué sur le front corporel :

Je veux dire, passer six heures à faire des trucs de maths, ça me gênait pas, au contraire [...]. [Et puis je voulais] pouvoir ressortir à chaque fois une citation, voilà, qu'on me parle pas d'un auteur

sans que je puisse en parler [...]. Je me tapais des classiques, à chaque fois qu'on me citait un nom, etc., après je partais à la bibliothèque, et je me prenais trois bouquins du même auteur, et j'étais là en train d'y aller à fond [Yasmine, C].

Les matières qui m'intéressaient moins, je voulais plus les mettre à part [Isabelle, C].

J'ai toujours été perfectionniste, j'aime bien faire les choses bien... Mais là c'était accru... La leçon, si elle était pas sue par cœur, c'était un drame [Mathilde, H].

Y'avait le bac, et tout était planifié, quoi... Les heures, les... [...] Un chapitre d'histoire qui était pas bouclé à cinq heures, alors que j'avais prévu que ce soit bouclé à cinq heures, même à cinq heures cinq je devenais... [...] Si à cinq heures c'était pas fini je m'en voulais [...]. J'ai beaucoup lu... Je supportais pas de pas apprendre, je supportais pas de pas dire « y'a au moins eu ça dans ma semaine, y'a au moins eu ce roman-là » [Christine, C].

De nouvelles techniques d'excellence scolaire sont donc mises en œuvre : techniques d'exhaustivité, comme dans le cas de Yasmine ou d'Isabelle, techniques d'évaluation plus sévère de l'apprentissage pour Mathilde, ou techniques de planification temporelle pour Christine. Les dossiers scolaires portent à nouveau la marque de la perception enseignante de ce travail sur le front scolaire. Si on regarde les appréciations portées entre le point de rupture scolaire mis au jour dans le chapitre précédent (le début de l'augmentation de l'investissement scolaire) et la discontinuité introduite par l'hospitalisation, ce qui frappe c'est la récurrence d'un encouragement au travail de maintien de l'engagement : « Continuer » [biologie], « Continuez ! » [maths], « Travail prometteur » [français], « Il faut continuer » [biologie], « Du sérieux et des progrès à poursuivre » [maths], pour Christine [C] ; « Continuez » [LV1], « Continuez » [physique], « Il faut continuer ainsi » [EPS] pour Yasmine [C] ; « Il faut continuer » [histoire-géographie], « Progrès constants. Continuez » [physique], « Continue ! » [histoire-géographie], « Il faut continuer ainsi » [physique], « Continuez ! » [biologie], « Continuez ! » [appréciation globale], pour Sophie [C]. Ce type d'appréciations est bien sûr une catégorie classique de valorisation de l'investissement scolaire par les enseignants, et il ne s'agit pas d'y voir une quelconque spécificité des dossiers scolaires des interviewées, encore moins un encouragement à la pathologie de la part des enseignants. Mais il n'en reste pas

moins qu'elles témoignent du maintien de l'engagement sur le front scolaire. Elles indiquent également que les pratiques scolaires vont « faire » déviance beaucoup plus tard que les pratiques alimentaires, dans la mesure où, comme on le verra dans le chapitre suivant, peuvent se manifester au même moment des « alerteurs » sur les pratiques alimentaires ou le poids, alors même que le maintien de la prise en main sur le front scolaire continue à être socialement approuvé.

On peut donc parler, pour cette deuxième phase, d'une véritable entreprise de rationalisation de la prise en main : l'engagement est maintenu et radicalisé sur les divers fronts de la prise en main initiale. Il se traduit par une vigilance constante sur nombre de domaines de l'existence. Le quotidien est « rythmé » dans ses moindres moments par le travail de maintien de l'engagement : « J'ai rythmé ma vie à partir des repas, de tout ce que j'allais manger, pas manger [...] [et] les études, les études, les études, c'était mon seul centre d'intérêt [...]. C'était mon rythme, c'était moi qui déterminais ma vie » [Christine, C]. Il n'y a ainsi pas de moment vide au regard de l'étendue de cette entreprise de rationalisation, et toute activité peut être réinterprétée et utilisée dans ce cadre :

Je faisais tout pour maigrir : je prenais plus jamais les ascenseurs, dès que quelqu'un avait besoin d'un truc dans une rue plus loin j'allais le chercher immédiatement ; y'a ce côté « faut se dépenser » aussi [Annabelle, I].

Anne : – Bon, je recommencerais pas six heures de sport par jour !

MD : – Parce que c'est ce que tu faisais ?

A : – Pas six, mais quatre... Vélo... Je vais au collège en vélo, y'a déjà deux kilomètres, je m'asseyais jamais sur la selle de mon vélo, j'étais en danseuse tout le temps... Tennis, hand... et puis surtout les descentes d'escaliers. Je sais pas mais j'ai dû parcourir cinquante kilomètres d'escaliers [...]. Je partais au tennis... je descendais... pouf je remontais tous les escaliers, j'ai une maison à deux étages... je disais à mon frère : « Je pars au tennis »... Je redescends tout, je dis à ma sœur : « Je vais au tennis », je redescends tout, je me change, je redescends tout, je prends ma raquette, je redescends tout, je vais chercher mon pull... je vais prendre mes clés, je vais me coiffer... Et puis on y va ! Rien que pour aller au tennis, au lieu de faire 12 marches j'en faisais 804 ! [Anne, H]<sup>4</sup>.

---

4. Cet usage des escaliers comme lieu d'exercice physique et technique de dépense calorique, qui revient dans les entretiens, peut avoir pour source les conseils récurrents

Pour filer une métaphore sportive suggérée par Yasmine, on pourrait dire ainsi qu'au « sprint » de la première phase succède une course d'« endurance » :

La première, quand j'ai été anorexique, c'est la seule fois où j'ai eu la moyenne en sport ! Avant, j'ai toujours eu vers 8-9, et tout, là je me tapais des 14-15... De toute façon, une anorexique... [Au lycée en EPS] on nous demandait de faire de l'endurance... [Avec un sourire dans la voix, comme s'adressant à son professeur de sport] « Pas de problème ! Je vais faire de l'endurance. » Tu rigoles ? Moi l'endurance, j'ai pas de problèmes ! [Yasmine, C].

Ce terme d'« endurance », que Yasmine emploie en laissant entendre qu'il dépasse le domaine strictement sportif, évoque à la fois le fait d'arriver à maintenir l'engagement de la prise en main sur le long terme et les efforts nécessaires pour y parvenir. L'engagement est maintenu, mais il est également enduré. De fait, un certain type de stratégie peut avoir précisément pour but de travailler à rendre physiquement possible cette course d'endurance et à inscrire sa prolongation dans une dynamique corporelle.

### *Se forger des habitudes*

« Je ne me souviens pas d'avoir autant réglé ma vie étant petite » [Isabelle, C] : c'est bien en effet un « réglage » de la vie que permet cette rationalisation des pratiques. Un réglage volontariste, minuté et constant, où la comptabilisation et la mesure dominant. Ce réglage s'installe « progressivement », « petit à petit » au cours de cette deuxième phase. La rationalisation permet de « continuer », de « manière imparable », la prise en main initiale par rapport à la première phase, mais elle permet aussi de forger des habitudes qui vont rendre le maintien de l'engagement plus facile et moins coûteux. Dans cette deuxième phase, il ne s'agit plus seulement de maigrir, mais aussi de travailler à se forger des outils, en l'espèce des habitudes, rendant possible de poursuivre sur un temps plus long les efforts entrepris lors de la première phase.

---

donnés sur ce thème par les magazines féminins aux aspirantes à la minceur (« ne plus employer l'ascenseur », « toujours prendre les escaliers »), sans qu'on puisse savoir positivement si c'est bien là le « mode de communication », pour employer le terme d'H. Becker, ayant joué dans l'apprentissage de cette technique.



Certaines techniques sont destinées à rendre supportable de manière ponctuelle le travail de maintien de l'engagement, comme le fait de boire de l'eau ou du thé pour « tromper » la faim : « Parfois, mais pas là, avant, ben il m'arrivait d'avoir quand même le ventre qui gargouille et tout ça... Ben écoute, c'est pas grave, on boit un peu d'eau et puis ça passe, quoi... » [Isabelle, C]. Un autre ensemble de techniques vise à rendre possible, sur le long terme et non plus ponctuellement, le travail de maintien de l'engagement. Si on peut parler d'une rationalisation progressive, c'est que des pratiques sont possibles – y compris physiquement – à la fin de la deuxième phase qui ne l'étaient pas au début, et c'est bien cette habitude du corps qui peut être recherchée :

Ce que je faisais pendant une période c'est que je mangeais au goûter, au goûter je mangeais vraiment beaucoup... je buvais du lait, je mangeais des gâteaux, et comme ça le soir j'avais pas faim [...]. Et puis après [le goûter] c'était plus une fois par jour, c'était tous les deux jours ou tous les trois jours... [...] [Certains aliments] j'allais en manger beaucoup pour en être dégoûtée... Comme ça après j'étais sûre d'être dégoûtée [par ces aliments]... « Comme ça au moins j'en mangerai plus. » Donc c'est comme ça que j'ai fini par aimer de moins en moins de choses, puisque je m'en dégoûtais [...] comme ça j'en étais malade et j'aimais plus ça [...]. Je voulais volontairement m'écœurer, pour plus manger, pour me couper l'appétit je faisais en sorte d'être écœurée par quelque chose [Nadège, H].

Tu te rends compte que tu peux t'habituer à manger ce que tu veux... [...] Moi j'aimais bien les sucreries, j'arrivais à me convaincre que ça me dégoûtait [...]. J'arrivais à me dire : « Bon, c'est pas possible, t'en manges plus, ça te dégoûte, ça va te rendre malade. » Y'a peut-être un plaisir à se dire qu'on peut finalement s'habituer à tout [Annabelle, I].

Dans ces deux extraits, il s'agit donc de « se dégoûter », volontairement, des aliments exclus par la rationalisation de l'alimentation, c'est-à-dire d'inscrire de manière volontariste, dans le corps, la règle et le réflexe diététiques. De même, Anne [H] parle de « prendre goût » au sport (« J'ai commencé à faire beaucoup beaucoup de sport, et du coup j'ai pris goût à certains sports que je connaissais pas »). Or cette expression évoque également un travail actif de prise en goût comme une des composantes du maintien de l'engagement dans une prise en

main. Les goûts et les dégoûts sont eux-mêmes travaillés pour rendre possible le travail de maintien de l'engagement, ils ne jouent pas comme des données mais bien comme des outils de ce travail. Le travail sur les goûts apparaît alors comme un cas particulier d'un travail plus général sur les habitudes, qui n'est pas seulement, comme dans le cas de la prise en main initiale, valable ponctuellement mais qui vise à substituer de nouvelles habitudes aux anciennes : un ensemble d'efforts visant à rendre les efforts ultérieurs plus faciles car inscrits dans une rationalisation créatrice d'habitudes, et donc à rendre possible le maintien de l'engagement. En même temps qu'elles sont une rationalisation du présent de la vie quotidienne, ces techniques sont également un engagement sur l'avenir à travers la formation volontariste d'habitudes qui installent la possibilité même de poursuivre l'engagement dans la carrière anorexique.

## **Des tests techniques**

Le travail sur les techniques de la deuxième phase se manifeste enfin par les tâtonnements, voire les tests par lesquels il procède. Certaines pistes techniques sont essayées puis adoptées, tandis que d'autres ne mènent pas à la formation d'habitudes et sont abandonnées. Ainsi, en ce qui concerne par exemple le modèle des repas, la plupart des interviewées insistent sur le fait qu'elles ont continué à respecter les horaires et les formes des « trois repas par jour » – quitte à en réduire les contenus de manière drastique. Mais pour d'autres interviewées en revanche, le fait de sauter un repas a pu être testé et adopté dans la mesure où cela n'entraînait pas de conséquences néfastes immédiates. Ce test est parfois accidentel, comme dans le cas d'Anne qui découvre par hasard qu'elle peut se passer de petit déjeuner :

[Pendant le « commencement », Anne ne sautait jamais de repas] Et puis deux matins, quand je m'étais réveillée à 8 heures, donc j'avais pas eu le temps de petit déjeuner et je me suis rendu compte que j'allais très bien, donc autant sauter le repas puisqu'on y arrivait ! [Anne, H].

On retrouve ici un processus identifié par H. Becker concernant la carrière du fumeur de marijuana. Ce dernier peut

découvrir par hasard, et à sa grande surprise, qu'il peut mener à bien un travail délicat alors qu'il est en train de « planer » : « À la suite d'une ou plusieurs expériences de ce type, il conclura que sa déviance peut rester secrète et que sa prudence était excessive et sans fondement. S'il désire prendre régulièrement de la drogue, il n'en sera plus dissuadé par ces craintes [que les non-fumeurs s'aperçoivent de son état]<sup>5</sup> ». Mais les craintes en question peuvent être plus diverses que la peur d'être découvert : le « je me suis rendu compte que j'allais très bien » d'Anne montre en effet que les craintes que l'expérience répétée va atténuer concernent plutôt le fait d'« aller mal » en sautant un repas. L'enjeu n'est pas tant de pouvoir garder la face et le secret d'une pratique déviante – ce qui sera envisagé dans le chapitre suivant – mais bien d'avoir découvert une nouvelle technique, possible et non coûteuse, de perte de poids.

Or c'est parfois une véritable expérimentation qui va aboutir à l'adjonction d'une nouvelle technique dans le stock disponible. Des techniques passées au crible du test sont alors instaurées, de manière volontariste, en habitudes :

[Sidonie a pris l'habitude en vacances de sauter le repas de midi, en s'aidant du fait que le petit déjeuner du club de vacances est particulièrement copieux] Mais c'est sûr, c'étaient les vacances et ici on peut pas faire pareil... Le petit déj' c'est des corn flakes, on peut pas faire comme au club... Et là j'ai essayé avec juste des corn flakes et j'ai vu que je réussissais à tenir... [Sidonie, H].

Il se passait rien si je mangeais pas un yaourt, donc pourquoi manger un yaourt ? [...] Ça s'est fait avec les choses qu'il y avait couramment dans mon alimentation [Christine, C].

On peut donc parler d'un travail de test sur les techniques aboutissant à l'adoption, voire à l'inscription corporelle, d'habitudes. Mais le test peut également s'avérer négatif. Dans ce cas, la pratique n'est pas adoptée et ne devient pas une habitude. On peut en trouver des exemples concernant des pratiques aussi diversement légitimes que la pratique sportive ou le fait de se faire vomir :

C'est-à-dire qu'avant je faisais pas mal de sport... et puis là, dès que j'ai commencé à maigrir, j'ai commencé à m'évanouir dès le

---

5. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit. p. 94-95.

début, quoi, automatiquement, puis à me sentir très faible, et je faisais rien, au contraire, je faisais le moins d'efforts possible. Je faisais plus du tout de sport [Julie, H].

Je te dis, j'ai pas fait des trucs de vomitifs, machin... J'ai pris à une époque, j'ai essayé mais enfin ça a duré genre quinze jours, des diurétiques et des laxatifs, et je trouvais ça tellement immonde que j'ai arrêté... mais je l'ai fait, je l'ai fait. Parce que vomir, je trouvais ça horrible et tout... [...] Mais donc ça n'a pas duré... J'ai essayé, j'ai essayé. De la même façon, j'ai essayé de me faire vomir, une fois, j'ai essayé et j'ai laissé tomber, quoi [Sabine, I].

Mais je me suis jamais fait vomir... J'ai déjà essayé, hein ! J'avoue, mais j'y suis jamais arrivée... [Christine, C].

Cet aspect du travail sur les techniques fait donc apparaître une double contingence dans les modalités prises par le maintien de l'engagement : dans le fait d'essayer ou non une activité particulière, et dans le succès ou l'insuccès du test et la possibilité d'en faire une habitude. Comme le montrent à la fois ce travail de test et le travail de prise en goût identifié plus haut, les habitudes acquises ne sont pas un simple résultat de l'activité mais peuvent être le produit d'un travail.

## **Le travail de mesure**

Un travail spécifique de mesure des résultats obtenus accompagne la mise en pratiques des techniques décrites ci-dessus. Les techniques d'évaluation du corps sont fondées sur quatre instruments d'objectivation du regard sur soi : la balance, la glace en pied, les vêtements et notamment leur taille, et la comparaison avec les autres. Ces instruments sont utilisés pour mesurer les effets du travail de maintien de l'engagement dans la prise en main, mais aussi pour permettre, voire favoriser le maintien même de ce travail.

### *La rationalisation de la mesure*

Le travail de mesure s'élabore à la hauteur du travail de mise en pratique des techniques : aux efforts constants entrepris répond un travail également constant de mesure des effets de ces efforts. La balance et la taille des vêtements, qui permettent une évaluation chiffrée de la perte de poids, sont mises à

contribution. Dans les deux cas, il s'agit d'observer et d'apprécier la baisse – continue – d'un chiffre :

J'étais contente quand j'achetais de nouveaux [vêtements], « ah je rentre dans du 38, ah dans du 36 » [Julie, H].

Je me pesais tout le temps, tout le temps, tout le temps. Je voyais la balance qui baissait, baissait, baissait, j'étais vachement contente [Sabine, I].

L'évaluation par les vêtements peut aussi être faite par la comparaison avec d'anciens vêtements :

Vu que je maigrissais, le soir il me tardait de m'habiller le lendemain parce que je savais que mes pantalons allaient m'aller grand... [Julie, H].

Par rapport à mes anciens vêtements, il fallait absolument que je garde mes vêtements pour évaluer où j'en étais, quoi... [Anne, C].

La glace en pied paraît *a priori* moins susceptible d'un usage rationalisé et chiffré, mais des techniques spécifiques peuvent être mobilisées pour objectiver le regard sur soi<sup>6</sup> :

Je me regardais beaucoup dans la glace... Je me regardais comme ça, de dos, et je serrais les jambes, et je regardais ici l'écart qu'il y avait entre mes deux cuisses... Et plus c'était écarté, plus j'étais contente... [Émilie, C]<sup>7</sup>.

[Pendant les descentes d'escaliers] Et en plus, les escaliers c'est des escaliers comme ça et puis là il y a une glace... Et quand vous descendez, vous voyez vos mollets dans la glace... Je passais mon temps à me regarder là [Anne, H].

Différents instruments peuvent par ailleurs être conjugués dans une mesure voulue comme plus fine ou plus précise :

---

6. Sur le miroir comme « instrument d'objectivation du corps » dans l'apprentissage de la danse, voir S. FAURE, *Apprendre par corps. Socio-anthropologie des techniques de danse*, La Dispute, Paris, 2000, p. 190-195.

7. On peut voir à nouveau dans ce type de travail de mesure une technique importée des magazines féminins, qui proposent parfois comme méthode d'évaluation de la perfection esthétique des jambes la règle des « trois creux » qui doivent apparaître, debout devant une glace, au-dessus des chevilles, entre les mollets et entre les cuisses. Plus généralement, on peut parler de l'imposition d'une parcellisation du corps féminin : la surveillance doit s'exercer sur chaque partie du corps à laquelle est consacré un nouvel article : « musclez vos bras », « une taille de rêve », « des fesses en béton », ou « des jambes parfaites pour l'été ».

« Parce que en fait y'a masse musculaire et masse grasseuse, donc forcément la glace c'était pour voir la différence entre les deux et le poids c'était pour savoir si j'avais perdu... Et la glace pour savoir, si j'avais perdu, en quoi » [Yasmine, C].

Cette systématisation de l'observation et de la mesure de soi-même peut enfin se faire en se mesurant, cette fois-ci, aux autres :

Je regardais tout le temps les mollets des gens, mais tout le temps. Une personne me parlait, je regardais ses mollets... les mollets du prof, les mollets de n'importe qui... [...] Parce que les miens je les trouvais gros [Anne, H].

Cette « mesure aux autres » peut être elle aussi quantitative, comme lorsqu'il s'agit de comparer des tailles de vêtements : « L'année dernière, une fois entre copines on s'est mises à parler de la taille des jeans, et je supportais pas que moi j'aie un jean plus grand que certaines... Ce qui était le cas, bon, je flottais dedans mais il était plus grand que celui de l'autre... » [Mathilde, H].

Sur ce dernier point, une comparaison avec les entretiens du corpus lycée fait une nouvelle fois apparaître un travail spécifique de maintien de l'engagement. La « mesure aux autres » comme instrument de mesure est en effet évoquée dans les entretiens du corpus lycée avec des adolescentes « non anorexiques », mais selon une modalité qui est celle du souhait, de l'envie – « si j'étais comme ça » –, et de la résignation – « c'est comme ça » :

MD : – Et quand tu dis... [qu'il y a des moments où tu te sens grosse]. C'était quoi les moments où tu te sentais grosse ?

Sophie : – Spécialement avec les gens qui étaient plus minces que moi. Dans la rue, c'était une fixation... Je regardais les cuisses des filles, je me disais : « Oh là là si j'étais comme ça ! » [...] Et puis c'est sûr que quand on voit les filles qui passent dans les couloirs, et bien sûr elles ont un truc tout moulant, des minijupes et... Pour trouver un pet de graisse faut chercher loin ! Mais c'est comme ça je veux dire, elles sont comme ça... et nous on est comme on est... [Sophie, L].

De ce point de vue, on pourrait dire que le travail de maintien de l'engagement fait passer de l'envie à la comparaison et de la résignation à l'action :

Nadège : – Je trouvais tout le temps plus maigre que moi [...]. Quand j'étais à cinquante-huit kilos... À cinquante-cinq kilos je me disais : « On va dire cinquante-deux, cinquante-trois », et puis quand... « bon, allez, cinquante ! »... Et puis tout le temps plus bas, et puis je voyais tout le temps plus maigre que moi, donc j'avais tout le temps envie d'être maigre, je me trouvais tout le temps grosse par rapport à quelqu'un. Et donc j'avais continuellement envie de maigrir, maigrir...

MD : – Et quand tu te promenais dans la rue, tu regardais les gens ?

N : – Oui, voilà, je regardais les gens, je regardais comment ils étaient... « Oh là là, celui-là ou celle-là il est plus maigre que moi, ça va pas. » Donc après je continuais, fallait que je sois aussi maigre... Et puis tout le temps...

MD : – Et par rapport à tes copines, c'était la même chose ou pas ?

N : – J'avais une copine qui était un peu maigre, et puis au début je me disais : « Oh là là, ça va pas je suis trop grosse, faut que je sois plus maigre », je m'étais un peu basée sur elle... Et puis après [...] il me semble que je faisais moins qu'elle, donc je pouvais plus tellement me baser sur elle... Donc je me suis basée sur les gens que je voyais dans la rue. Je suis partie sur quelqu'un, je crois que ça devait être elle, et puis après de toute façon ça n'avait plus aucune importance... C'était tout le temps « plus maigre »... D'abord quelqu'un que je connaissais puis après c'était vraiment général... des gens dans la rue, des gens de l'école, des gens à la télé... N'importe où... [Nadège, H].

La mise à contribution répétée et systématique des divers instruments de mesure entre donc bien dans une entreprise de systématisation, de radicalisation et de rationalisation de la prise en main.

### *L'usage des techniques de mesure*

L'usage des techniques de mesure constitue également un moyen d'installer dans le temps la prise en main initiale et de rendre à la fois possible, souhaitable et effectif le maintien de l'engagement. En effet, l'usage particulier qui est fait de ces techniques est un usage de maintien de l'engagement autant que de mesure. Comme on peut le voir dans l'extrait d'entretien avec Nadège cité ci-dessus, pour pouvoir continuer il faut utiliser les instruments de mesure d'une manière particulière, à savoir en faire activement des instruments d'encouragement. Le

poids de la balance, la mesure aux autres, la taille des vêtements sont utilisés comme des incitations au maintien de l'engagement et non comme des bornes d'arrêt : on peut toujours baisser l'objectif de poids (« bon, allez, cinquante ! »), ou passer à un autre étalon si l'amie choisie au début ne peut plus remplir ce rôle (« je faisais moins qu'elle donc je pouvais plus tellement me baser sur elle »). Il n'est en effet possible de maintenir l'engagement qu'à la condition de faire un usage particulier des instruments de mesure, et de se mettre activement dans une situation de continuation indéfinie par cet usage spécifique.

Cet usage implique une désobjectivation des instruments de mesure, comme la taille des vêtements ou la glace par exemple, qui peuvent être vidés de leurs contenus apparemment objectifs au nom d'une définition personnelle qui s'inscrit dans un travail de maintien de l'engagement :

Je me disais : « Oh ça doit être un grand 34 c'est pour ça » [qu'il me va]. Ils font des grandes tailles parce qu'ils veulent faire croire que les femmes sont minces, donc quand elles mettent du 34 elles font en fait du 40 [...]. S'ils mettent du 34 alors qu'en fait c'est du 40, toutes les clientes vont se trouver minces, elles vont bien aimer ce magasin, alors elles vont revenir [Louise, H].

Je me souviens de m'être acheté aussi une jupe taille 36 chez Agnès B., et chez Agnès B. j'ai fait une scène à la vendeuse en lui disant : « C'est pas un vrai 36 » [Sabine, I].

On peut voir une manifestation supplémentaire de cet usage particulier des instruments de mesure dans la chronologie de cet usage : lorsqu'un instrument pourrait signifier l'arrêt, c'est-à-dire lorsqu'il n'est plus possible de l'utiliser comme un encouragement au maintien de l'engagement, il est abandonné. Le pouvoir de mesure des vêtements par exemple est plus limité dans le temps de l'amaigrissement que celui de la balance – en d'autres termes, il ne peut pas être totalement désobjectivé :

Tout [les vêtements] m'allait large au bout d'un moment... Y'avait plus que le chiffre de la balance qui vraiment me disait... [Yasmine, C].

Les vêtements, ça a pas duré tout le temps... [...] Après c'était vraiment la balance quoi... Tous les matins je me levais, je me pesais... [Julie, H].



Autant l'utilisation des instruments de mesure, voire leur utilisation très régulière, ne constitue pas un apprentissage spécifique à cette phase de la carrière, autant cet usage particulier n'apparaît qu'à ce moment et signale le travail de maintien de l'engagement qui est mené. Les instruments de mesure sont eux aussi travaillés pour qu'ils ne fournissent pas de bornes inférieures à la perte de poids. Les techniques d'évaluation peuvent donc être utilisées comme des techniques d'encouragement, qui non seulement ne contiennent pas intrinsèquement de borne d'arrêt, mais encore qui peuvent par leur dynamique propre permettre, voire favoriser le maintien du travail d'amaigrissement.

Or on peut noter un usage identique des instruments de mesure en ce qui concerne les autres fronts de la prise en main. Les notes, en tant qu'évaluation quantitative du travail de maintien de l'engagement sur le plan scolaire, peuvent être elles aussi interprétées dans ce cadre :

18/20, c'était jamais assez... Fallait toujours plus, plus, plus... Ben au début je prenais celles [les élèves] qui étaient au-dessus de moi, dans la classe, puis, même quand je suis arrivée première, « c'est possible de faire mieux »... C'est forcément possible de faire mieux, c'est les autres qui sont nuls [...]. Et le fait que les profs me disaient que ça allait, tout ça... ça me suffisait plus du tout quoi [Christine, C].

Si l'on rapproche cet extrait de celui de l'entretien avec Nadège [H] cité plus haut, on peut faire apparaître les similitudes existant dans l'usage de ces techniques d'évaluation que sont la comparaison corporelle avec les autres et la comparaison scolaire : dans les deux cas, la mesure aux autres joue d'abord comme incitation située (être plus maigre, être meilleure), elle est mise en pratique (restriction alimentaire, travail scolaire) puis elle est travaillée pour que la réalisation des premiers objectifs ne joue pas comme instance d'arrêt du travail de maintien de l'engagement (« c'était tout le temps plus maigre », « c'est forcément possible de faire mieux »).

Lors de la phase précédente, des instruments de mesure du corps comme la taille des vêtements ou la notion de poids normal pouvaient constituer des courroies de transmission de l'imposition du corps légitime. Ils sont donc également susceptibles d'*usages* divers qui ne se limitent sans doute pas à celui

fait par les interviewées : n'y voir qu'une source d'imposition, c'est s'interdire de prendre en compte les positionnements et les usages auxquels ils peuvent donner lieu, et on peut à nouveau regretter l'absence d'enquêtes sur ces questions, qui permettraient de mieux en rendre compte.

## **Le goût pour les effets**

Les effets de la restriction alimentaire sont de plusieurs ordres : un processus de perte de poids, mais aussi des sensations physiques (se sentir l'estomac vide par exemple) et un état à un moment donné du temps (être maigre). Dans le cas de la carrière analysée par H. Becker, l'activité est nouvelle pour le fumeur de marijuana et l'apprentissage du goût pour les effets se fait exclusivement au cours des phases de la carrière. En ce qui concerne la carrière anorexique, certains des effets de la restriction alimentaire ont déjà été ressentis et goûtés : tout particulièrement le fait de maigrir, qui a pu procurer de la satisfaction dès la phase d'engagement dans la prise en main ou au cours de régimes antérieurs, et dont on a vu que cela procurait un même « contentement » dans les extraits d'entretiens cités ci-dessus. Or, le goût pour les sensations physiques de la restriction alimentaire et le goût pour la maigreur comme état sont eux plus spécifiques à cette deuxième phase.

### *Le goût pour les sensations physiques*

On a évoqué plus haut l'existence d'une *prise en goût* comme travail sur les goûts alimentaires consistant à se dégoûter volontairement de certains aliments et à s'entraîner à en aimer d'autres. Le goût pour les sensations physiques de la restriction alimentaire est lui aussi travaillé. Les interviewées vont apprendre à apprécier ces sensations (se sentir le ventre vide, sentir qu'on a faim, sentir sa tête tourner...<sup>8</sup>) et à construire à

---

8. Ce codage positif de sensations pouvant par ailleurs être définies comme douloureuses se rapproche d'un processus observé par S. Faure dans le cas de l'apprentissage de la danse où « avoir des courbatures douloureuses [est] fréquemment perçu comme le signe que l'on a bien et beaucoup travaillé », S. FAURE, *Apprendre par corps*, op. cit., p. 80. Pour désigner ce processus, S. Faure parle d'une « acceptation de la souffrance physique » ; on y verra plutôt ici non une simple « acceptation », mais le produit d'un travail d'interprétation des sensations.

l'inverse comme des sensations déplaisantes les effets de la satiété (se sentir l'estomac plein, se sentir repue...) :

Pendant un certain temps, quand j'ai maigri, j'étais vraiment... J'étais comme euphorique... [Julie, H].

Il y avait un espèce d'état qui était vachement agréable quand je bouffais pas. À la fois le truc tu vas contre toi, contre ton désir, tu te sens vachement forte et tout. Et y'a un truc aussi où tu planes complètement quand tu bouffes pas, je sais pas si... [...] Toujours est-il qu'on a l'impression de planer, complètement. Et j'ai trouvé ça très très bien [Sabine, I].

Parce que j'étais quand même très contente de pas manger... ça m'a rendue un peu euphorique quoi [...]. Mais j'étais, je sais pas, on a un sentiment de... euphorique, de joie quand on mange pas, on se sent... bien. Franchement c'est comme si on se droguait. On peut pas s'arrêter quand on a commencé de plus manger beaucoup. Au début c'est très dur parce qu'on a l'estomac qui fait mal, mais à la fin, vu qu'on a eu beaucoup de volonté, qu'on a eu toute cette volonté pour ne pas manger, l'estomac ne nous fait plus mal, nous fait mal que quand on mange un petit peu trop, et on se sent bien [...] franchement on se sent très bien... [Louise, H].

La comparaison avec l'usage d'une drogue (à travers le terme de « planer » ou la comparaison explicite), que l'on retrouve dans plusieurs entretiens, peut avoir été fournie par le discours médical, au sein duquel se développent des théories en termes de comportements de « dépendance » ou d'« addiction » qui rapprochent troubles du comportement alimentaire et toxicomanie. Mais si l'on voit dans cette métaphore récurrente autre chose que la simple reprise d'un rapprochement médical, elle amène à considérer les processus de codage nécessaires pour qu'un tel discours soit tenu, ceux qu'A. Lindesmith a mis au jour dès 1947 dans le cadre d'une sociologie de l'addiction. A. Lindesmith cherchait notamment à comprendre comment certains utilisateurs d'opium pouvaient devenir des *addicts*, alors que d'autres – par exemple les malades soignés à l'aide de morphine – ne le devenaient pas. L'explication principale tient pour lui au fait que, chez les premiers, les syndromes de manque sont rapportés à l'absence d'opium dans un processus d'interprétation culturel et social : « On a montré que l'accoutumance à l'opium réside fondamentalement dans les effets qui suivent la privation de drogue plutôt que dans les effets positifs qu'engendre sa présence dans le corps. Le processus

d'addiction apparaît seulement quand les opiacés sont utilisés pour soulager la détresse du manque, une fois que cette détresse a été correctement comprise ou interprétée comme telle [...]. Si l'individu n'en vient pas à concevoir cette détresse comme un état de manque produit par l'absence d'opium, il ne peut devenir dépendant, mais, s'il le fait, l'addiction s'installe rapidement et de manière permanente par la poursuite de la prise de drogue<sup>9</sup>. » Cette optique amène à voir, dans la comparaison avec la drogue, le signe que pour les interviewées deux processus de codage sont intervenus au cours de cette deuxième phase : les effets positifs ressentis ont été reliés au fait de ne pas manger, et surtout les effets négatifs (« l'estomac ne [...] nous fait mal que quand on mange un petit peu trop ») ont été interprétés comme résultant de l'absence de l'accomplissement de l'acte de ne pas manger. Il y a donc un travail, *a minima* interprétatif, sur le goût pour les effets. Mais l'analyse des entretiens conduit à penser que ce travail n'est pas seulement interprétatif. La satisfaction dont il est question dans les entretiens – et par exemple dans les extraits cités ci-dessus – n'est pas présentée comme purement physique, il s'agit véritablement d'apprendre à aimer ces sensations pour pouvoir maintenir l'engagement : l'« euphorie » est référée à la « volonté de ne pas manger » pour Louise [H] ou au fait de se sentir « forte » et d'« aller contre son désir » pour Sabine [I]. De ce point de vue, on peut faire l'hypothèse d'un véritable travail sur les goûts et les dégoûts qui rejoint celui identifié plus haut sur les dégoûts alimentaires. L'exercice de la volonté dans cette deuxième phase consiste également en un travail actif de codage des effets de la restriction alimentaire comme positifs et des effets du laisser-aller comme négatifs, voire comme source de douleur physique, ce qui là encore constitue une composante d'un travail de maintien de l'engagement.

### *Le goût pour la maigreur*

À cette acquisition d'un goût pour les sensations physiques de la restriction alimentaire s'ajoute enfin celle d'un goût pour la maigreur, qui joue comme condition du maintien de l'engagement. Du fait de la mise entre parenthèses de la distinction entre normal et pathologique comme distinction essentialiste, il

---

9. A. R. LINDESMITH, *Opiate Addiction*, Principia Press, Bloomington, 1947, p. 165.

ne sera pas question ici de causes du maintien de l'engagement (« pourquoi les anorexiques continuent-elles ? ») mais bien de définitions de la situation (« comment les interviewées définissent-elles la situation pour que le fait de continuer puisse être souhaité et mis en pratique ? »). Ces définitions de situation sont bien entendu rétrospectives : elles sont le fait de patientes à qui l'on a fait intérioriser que cette volonté de continuer à maigrir était pathologique. Les définitions de situation sont alors des formes de justification *ex post*, qui sont construites en réponse au présupposé que le fait de vouloir ainsi continuer à maigrir n'était pas normal. En même temps, et précisément parce qu'il s'agit de se justifier, sont également exposées les façons dont « à l'époque » la situation était définie comme normale et les logiques qui rendaient souhaitable la « continuation ». Dans la mesure où il s'agit de justifier sa conduite, cela ne peut se faire qu'en exposant la façon dont elle semblait « une bonne idée sur le moment », pour reprendre l'expression de H. Becker à propos de l'analyse des carrières déviantes<sup>10</sup>.

L'évocation des satisfactions apportées par la restriction alimentaire, décrite plus haut, constitue une première forme de définition de situation rendant la continuation souhaitée et mise en pratique. Mais s'y ajoute un deuxième type de définition de situation, qui engage la question des objectifs assignés au maintien de l'engagement. Dans la mesure où l'objectif n'est pas considéré comme atteint, il n'existe pas de raisons de s'arrêter :

Je me trouvais encore trop grosse... Je croyais que j'avais encore des cuisses, que j'avais encore du ventre [Priscille, C].

Parce que pour moi, pour moi j'étais pas maigre, pour moi je me voyais dans la glace je me disais « ah mais il faut que je perde encore » [Émilie, C].

De toute manière quand je me regardais dans la glace, j'étais toujours trop grosse... Non, c'était pas ça, c'était plutôt : « Je suis pas assez mince »... [...] C'était : « Je me trouve bien comme je suis mais j'ai pas envie d'être plus »... J'ai envie de rester comme ça... Je me trouve bien, ou je me trouve limite-limite... Il me faut un peu moins... [Mathilde, H].

---

10. H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier*, op. cit., p. 58.

Il ne s'agit donc pas ici de dire si cette perception est faussée ou non, s'il est normal ou pathologique de se trouver encore des « cuisses » et du « ventre » à un poids situé nettement en dessous du « poids normal pour la taille », mais bien de voir que cette définition de la situation (« je me trouvais encore trop grosse », « pour moi j'étais pas maigre », « je suis pas assez mince ») rend la continuation souhaitée et mise en pratique.

Le fait de vouloir continuer peut également être défini comme une manière d'asseoir et d'assurer un objectif estimé atteint :

Quand j'étais arrivée genre quarante-trois [kilos], je voulais pas spécialement maigrir, mais j'ai peur de grossir... Je veux pas spécialement maigrir, mais j'ai peur quoi [Sidonie, H].

Et puis après on veut avoir de la marge, de la marge, de la marge [Véronique, I].

Les interviewées définissent donc rétrospectivement deux types de situations : un premier type où elles se voient maigres, mais veulent l'être et surtout le rester – ce qui peut alors impliquer des techniques de maintien de l'engagement. Un deuxième type où elles se voient insuffisamment maigres, et entendent le devenir. Or il existe une unité de ces deux définitions de situation. Tout d'abord, dans les deux cas on peut parler d'un goût pour la maigreur – qu'il s'agisse d'une maigreur définie comme souhaitée ou considérée comme acquise. Mais surtout, dans ces deux cas, les interviewées se définissent comme les seules personnes qui sont en position de dire si elles sont maigres ou non. Elles définissent une situation où elles sont l'instance légitime de définition de leur corps, contre les autres :

En fait j'ai continué à maigrir, mais ce qui m'embêtait c'était que... les autres voyaient que je maigrissais, quoi... Et moi j'étais toujours pas satisfaite [Anne, C].

Les gens me disaient : « T'es maigre, tu manges pas », mais bon ou au contraire ça me faisait plaisir ou je m'en fichais complètement [...]. Je me voyais pas assez maigre [Nadège, H].

Tout le monde me disait que j'étais maigre mais je trouvais pas que j'étais maigre [...]. Au début de l'anorexie je me voyais pas maigre, au milieu non plus [Louise, H].

Elles peuvent même chercher à *imposer* aux autres cette catégorie de description d'elles-mêmes :

Franchement y'a rien de pire que « ah t'es bien » [...]. Je supporte pas qu'on me dise ça. Ou alors « ah t'es super-mince ». « Super-mince », ça ne me suffit pas. J'étais « maigre » y'a deux jours, j'étais contente [Sidonie, H].

Dans l'anorexie, c'est vraiment... une case : je veux être là ; je veux être très maigre, squelettique, je veux être comme ça [...]. Je veux que les gens m'aient comme ça [Christine, C].

Le goût pour la maigreur peut donc s'interpréter comme une volonté de maîtrise des assignations publiques. Être maigre procure une satisfaction, mais être désignée comme maigre également. En continuant à maigrir, les interviewées s'assurent du fait qu'il n'est pas possible, à partir d'un certain point, que l'assignation publique soit différente de leur propre catégorisation de leur corps. On peut rapprocher ce type de processus d'autodéfinition de soi de l'usage des instruments de mesure analysé plus haut : dans les deux situations, ni les instruments de mesure ni les autres en tant que producteurs d'assignations sociales ne sont à même de définir autre chose que ce que les interviewées travaillent à leur faire définir. Cependant, comme on va le voir dans le chapitre suivant, cette volonté de maîtrise de la définition de soi et de la situation rencontre, progressivement et de plus en plus fortement, une définition extérieure de l'interviewée et de la situation qui s'impose peu à peu : le diagnostic médical. Tenter de maîtriser ainsi une définition de soi échoue peu à peu devant une définition extérieure et stigmatisante : celle d'anorexique.

## **Travail sur le temps et travail du temps**

L'une des caractéristiques majeures du travail de maintien de l'engagement déjà décrit est d'être un travail sur le temps. Au cours de cette deuxième phase, ce travail de la personne sur le temps peut devenir un travail du temps sur la personne : la mise en place volontariste d'un « régime de vie » à partir d'un travail spécifique de maintien de l'engagement peut transformer durablement les habitudes, voire se traduire par l'incorporation de dispositions.

### *Un régime de vie : le travail sur le temps*

Dans l'analyse de la première phase, on a tenté de montrer qu'on pouvait parler plus exactement d'une prise en main que d'un simple régime, et ce malgré les formulations employées par les interviewées. En ce qui concerne cette deuxième phase, elle n'est jamais décrite par elles comme un régime. Pourtant le terme de « régime » peut sembler pertinent si on ne l'emploie pas comme désignant un « régime alimentaire » mais bien un « régime de vie<sup>11</sup> ». En ce sens, lors de cette deuxième phase de la carrière anorexique, la prise en main devient régime de vie, comme travail délibéré et continu de maintien de la prise en main, travail de tous les instants et qui peut s'exercer sur les différents fronts de la prise en main.

Le régime de vie implique tout d'abord un travail important sur l'organisation du temps :

Isabelle : – Toute la journée, c'est ridicule, mais je vais penser : « Qu'est-ce que j'ai mangé ? Qu'est-ce que je vais manger ? Qu'est-ce que machin... » Et j'y pense tout le temps, j'ai tout le temps quelque chose dans la tête, sur la nourriture, ou sur un emploi du temps, il faut toujours que je le remplisse... Et...

MD : – C'est-à-dire qu'il faut que tu remplisses ton emploi du temps ?

I : – C'est toujours, si la veille au soir en m'endormant je sais pas exactement ce que je vais faire le lendemain dans la journée, un programme bien ficelé et tout, je peux pas dormir, hein ? Moi il faut que je sache, voilà, à telle heure je fais ça, voilà [...]. Au détail près... [...] Si je me sens un peu fatiguée, je vais pas m'allonger sur mon lit pour... reprendre un peu, quoi... Je vais terminer la journée jusqu'au bout, en ayant fait tout ce que je voulais faire [Isabelle, C].

De plus, on l'a vu, ce travail sur le temps se marque aussi par le fait qu'un certain nombre de techniques visent directement le maintien de l'engagement : se forger des habitudes, ou travailler sur ses goûts pour rendre possible et moins coûteux le fait de « continuer » ainsi. Le travail de maintien de l'engagement est donc un travail sur le temps où il s'agit de « compter » sur le

---

11. « Dans la médecine grecque, le régime (*diata* ou "mode de vie") faisait référence à la conduite et à l'organisation générales de la vie, y compris à la manière de s'habiller, de se comporter, et aux attitudes », B. S. TURNER, *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage, Londres, 1996, p. 176.



temps et d'organiser ses effets sur la personne. En ce sens, la posture pratique qui est décrite par les entretiens est très différente d'un simple « pourvu que ça dure » qu'on peut trouver dans certains des entretiens du corpus lycée avec des adolescentes « non anorexiques » :

J : – [Juliette a perdu du poids au moment de l'entretien] Du coup j'ai fait attention, j'ai perdu vachement facilement [...].

MD : – Et du coup tu te sens lancée, tu veux continuer à perdre ?

J : – Ouais, j'espère quoi... Pourvu que ça dure ! [...] Et puis j'ai pas fait beaucoup d'efforts, et ça fait deux jours, enfin genre ça fait une semaine... J'ai pas non plus perdu dix kilos en une semaine ! Genre ça commence par un ou deux kilos et on se dit : « Ouais, pourvu que ça dure, quoi » [Juliette, L].

Comme on l'avait noté plus haut à propos de la « mesure aux autres », ce modèle du souhait s'oppose au modèle de l'action, et le « pourvu que ça dure » au travail pratique de maintien de l'engagement de ce deuxième moment, comme mise en pratiques, là encore, non d'un « pourvu que ça dure » mais d'un « ça va durer ». Si la prise en main décrite lors du premier moment était un travail de rupture avec les habitudes antérieures, cette deuxième phase est le temps d'un travail de maintien de cet engagement par l'instauration d'un régime de vie. Pour désigner l'instauration volontariste de ce régime de vie, les interviewées utilisent fréquemment les termes de « maîtrise » et de « contrôle », notions d'origine médicale et psychologique comme le souligne Camille :

C : – C'est énormément de contrôle [...].

MD : – Et pourquoi tu vois ça en termes de « contrôle » ?

C : – Parce que je me... je me maîtrise complètement, enfin, je me dis, même si j'ai envie de m'amuser et tout, je me dis : « Non ! Pas maintenant. Chaque chose en son temps, le week-end prochain tu t'amuseras » [...].

MD : – Et quand tu parles de « contrôle » et de « maîtrise », c'est des trucs qui étaient présents... au début de l'anorexie, ou avant, ou qui sont apparus plus tard ?

C : – En fait... j'avais ce mot-là parce que on dit toujours que « y'a beaucoup beaucoup de contrôle chez les anorexiques »... [Camille, C].

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. Mais l'optique adoptée ici entraîne un certain nombre de déplacements par rapport aux significations médicales ou psychologiques de ces termes. Tout d'abord, cette autocontrainte n'est pas un but en soi mais bien la posture du travail, elle ne constitue pas un « trait de la pathologie » mais une condition de possibilité essentielle du maintien de l'engagement. En l'absence d'autocontrainte, on sort de la carrière, au même titre qu'en l'absence d'autocontrainte on sortait du régime ou de la prise en main initiale. De plus, l'autocontrainte est ici considérée comme une stratégie pour parvenir aux objectifs fixés. On ne considère pas que s'exprime dans ce type de pratiques un besoin irréprensible de contrôle ou de maîtrise, qui s'appliquerait de manière presque contingente sur des domaines divers, mais que ce qui est contrôlé et surveillé, ce sont les différents fronts de la prise en main : l'autocontrainte est elle aussi un travail.

En même temps, les interviewées évoquent un « moment » où elles ne sont plus à travailler ce « contrôle » mais où elles sont travaillées par lui, où le « contrôle » devient « nature » :

Enfin, au bout d'un moment c'était plus pour maigrir, je contrôlais plus tellement [Annabelle, I].

Disons que je me suis jamais rendu compte que je me contrôlais, parce qu'en fait... je ne faisais que ça ! Pour moi y'avait pas de naturel, enfin, *mon naturel était mon contrôle...* [...] Je me suis tellement contrôlée sur tout, je sais pas ce que je serais sans me contrôler [Camille, C].

Donc c'était vraiment devenu... Mais ça, je m'en suis presque pas rendu compte... *C'était presque devenu naturel* [Christine, C].

Lors de la première phase et d'un premier moment de cette deuxième phase, l'autocontrainte que nécessite la prise en main peut être opposée, comme on l'a vu, au « naturel » ou au « spontané ». Dans ce deuxième moment de la deuxième phase, cette opposition disparaît, le contrôle devient une *seconde nature*. Cette succession du sentiment de contrôler puis du sentiment d'être contrôlée par un contrôle devenu nature peut alors conduire à faire l'hypothèse que le régime de vie aboutit à l'incorporation de dispositions. On a vu plus haut que certaines des techniques utilisées avaient justement pour but d'installer

des habitudes à la fois incorporées et durables. De fait, il semble bien que tout le travail du régime de vie puisse avoir cet effet. En quelque sorte, l'autocontrainte deviendrait invisible sous les dispositions qu'elle avait pour but de créer.

*Une incorporation de dispositions :  
le travail du temps*

Ce terme de « dispositions » est rapidement utilisé par H. Becker dans *Outsiders* pour désigner une capacité mais aussi une volonté d'agir d'une certaine manière perçue comme agréable à la suite d'un apprentissage<sup>12</sup>. Mais cette disposition n'est ni incorporée ni durable – elle peut être révoquée à tout moment ultérieur. Or, pour rendre compte des entretiens réalisés et des catégories employées par les interviewées, il faut compléter cette conception des dispositions par celle théorisée par P. Bourdieu<sup>13</sup>. Tout d'abord, parce qu'il s'agit ici d'un ensemble cohérent de dispositions qui prolongent le travail engagé sur les fronts alimentaire et corporel mais aussi scolaire, là où H. Becker parle d'une disposition très locale. Ensuite, parce que les habitudes qui sont décrites par les interviewées évoquent une véritable inscription corporelle, par exemple l'inscription dans le corps des règles diététiques (« C'est tout juste si on sent le goût [des aliments] en fait, on sent la calorie... Bon moi maintenant beaucoup moins. Mais je sais qu'avant c'était... Je choisisais absolument pas ce que je mangeais, je choisisais la composition... » [Camille, C]). Enfin, parce que le caractère durable de ces dispositions apparaît lorsque l'on veut ou doit en

---

12. « L'individu élabore une disposition ou une motivation à utiliser la marijuana, qui n'était pas et ne pouvait pas être présente quand il a commencé à fumer, car elle implique une conception de la drogue qui ne pouvait naître que du type d'expérience effective qui vient d'être décrit. Ce processus achevé, le fumeur est disposé et apte à utiliser la marijuana pour le plaisir. En bref, il a appris à répondre "oui" à la question : "Est-ce agréable ?" » H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 80-81.

13. Voir par exemple P. BOURDIEU, *Le Sens pratique*, Minuit, Paris, 1980, chapitres 3 à 5, et *Méditations pascaliennes*, Seuil, Paris, 1997, p. 165-206. B. Lahire poursuit l'analyse sociologique empirique des dispositions en insistant notamment sur l'importance du temps et de la répétition dans leur incorporation : « Une disposition [...] ne se constitue que dans la durée, c'est-à-dire dans la répétition d'expériences relativement similaires [...]. On ne contracte pas une disposition par une conversion brutale et miraculeuse et les dispositions ne sont donc pas toutes équivalentes du point de vue de la précocité, de la durée, de la systématité et de l'intensité de leur incorporation », B. LAHIRE, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Nathan, Paris, 2002, p. 20.

sortir, comme on le verra plus loin en considérant les sorties de carrière, ou la prise en charge médicale (chapitre 7).

Les catégories employées par les interviewées pour décrire la « perte de contrôle » qui suit le « contrôle » font en effet apparaître le caractère à la fois durable et incorporé de ces dispositions à travers un « c'est plus fort que moi » caractéristique des dispositions acquises :

Y'a deux moments, celui où... on contrôle tout, et celui où on ne contrôle finalement rien parce que *c'est plus fort que nous* [Émilie, C].

J'écrivais beaucoup de lettres... par exemple à mes parents, à ma sœur et tout, en leur disant « Bon maintenant c'est fini, je vais faire tout mon possible pour m'en sortir et tout, je vous promets »... Et puis au moment du repas *c'était plus fort que moi* [...]. Et après, je me disais « mais pourquoi t'as fait ça ? T'es nulle, pourquoi t'as pas fini ce plat... T'aimes ça, pourquoi t'en as pas pris ? » [Julie, H].

Dans ces dernières citations, les dispositions apparaissent à travers leur résistance aux injonctions à « s'arrêter » qui interviennent dans les phases suivantes de la carrière. La force des dispositions peut être aussi exprimée par un « c'était parti », qui désigne le moment où la « seconde nature » s'installe :

Mais avant j'étais incapable de me dire : « Là je reprends [du poids] », c'était pas possible, à partir du moment où j'ai commencé à perdre... *C'était parti* quoi [Camille, C].

Moi j'étais déjà dans mon trip et puis *c'était parti*, quoi [Sophie, C].

Quant à Véronique [I], elle parle d'un « pli qui est pris » :

V : – Après le pli était pris [...]

MD : – Et le « pli est pris », ça veut dire aussi qu'il y a une grosse partie qui est faite d'habitudes ?

V : – Oui, tout à fait. Et un jour je me souviens très bien m'être rendu compte que je [n'] avais mangé [qu'] un pamplemousse pendant toute la journée, je m'en suis rendu compte à six heures du soir... Et je me suis dit : « Ben c'est incroyable je m'en étais même pas rendu compte » [Véronique, I].

Des expressions telles que « estomac rétréci » ou « *réflexes* anorexiques », qui sont employées par les interviewées, vont également dans le sens d'une catégorisation des dispositions comme à la fois incorporées et durables, tout comme le fait de ne plus « arriver » à manger :

Au début c'est vrai c'était pour maigrir, je le cache pas, mais à la fin c'était plus du tout pour maigrir, c'était vraiment... Parce que j'avais un problème avec la nourriture, j'arrivais pas à manger [Louise, H].

Mais c'était plus seulement pour maigrir. C'était aussi, enfin j'imagine que l'estomac s'habitue, et que tu peux pas, au bout d'un moment, ingurgiter des choses [Annabelle, I].

Ce qui apparaît alors, ce n'est plus seulement le travail des interviewées sur le temps, mais bien le travail du temps sur les interviewées : l'inscription dans le corps, d'abord sur un mode volontariste puis sur un mode involontaire, de dispositions durables. On peut en voir une dernière manifestation en se penchant sur les sorties, à la fin de cette deuxième phase, de la carrière anorexique.

### *Les sorties de carrière*

La modalité de ces sorties de carrière renforce en effet l'idée de l'incorporation de dispositions durables. Si les sorties de la première phase, dans le chapitre précédent, se faisaient sur le mode d'un simple arrêt (du régime, de la prise en main) qui peut être instantané et n'implique aucun effort – des efforts étant même nécessaires pour ne pas sortir –, les sorties de cette deuxième phase prennent la forme bien particulière d'une dés-habitude, c'est-à-dire d'un travail sur les habitudes, qui prend beaucoup plus de temps :

Il y a eu un temps de réal [réalimentation], je sais pas comment appeler ça. Je me suis *habituée* à nouveau à manger [Annabelle, I].

MD : – Et quand tu as recommencé à manger ?

Sabine : – Alors c'était complètement désordonné, c'était vraiment... très très bizarre, c'était par périodes... Je pouvais très bien m'arrêter de bouffer pendant quinze jours, avec vraiment des *réflexes* comme ça [Sabine, I].

MD : – Et tu as recommencé d'un coup à manger ?

Véronique : – Non, pas d'un coup, tout doucement... Tout doucement, j'ai mis trois ans... à m'alimenter vraiment normalement, de temps en temps je me faisais quand même une demi-tomate, une demi-carotte... [rires]. Et puis petit à petit j'ai oublié [Véronique, I].

De cette sortie plus lente, plus difficile, qui nécessite un « oubli » de la mémoire du corps, on peut donc déduire à nouveau le caractère incorporé et durable des dispositions acquises. La prise en main du début peut être simplement arrêtée. Le travail de maintien de l'engagement dans la prise en main produit en revanche des dispositions dont la suspension est nécessairement un processus actif. Le fait qu'un nouveau travail de conversion de soi, effectué avec lenteur et difficulté en sens inverse des deux premières phases, soit nécessaire manifeste donc bien *a contrario* l'incorporation de dispositions nouvelles (« anorexiques ») lors de cette deuxième phase. Le sens du corps, qui poussait à l'arrêt de la prise en main lors de la première phase, est désormais orienté vers la continuation. Il ne s'agit bien évidemment pas ici, par l'emploi de ce terme de « dispositions », de s'inscrire dans le débat médical entre facteurs biologiques et facteurs psychiques dans l'anorexie, ni même *a minima* de dire que l'estomac « rétrécit » vraiment. Mais l'analyse des entretiens réalisés fait apparaître un registre de langage, mêlant le volontaire et l'involontaire de l'inscription corporelle, dont la notion de disposition peut rendre compte.

Cette deuxième phase de la carrière anorexique – que les interviewées pouvaient très rapidement évoquer en réitérant l'emploi du verbe « continuer » comme s'il s'agissait d'un pur suivi de la pente précédente, sans la détailler ni faire explicitement intervenir de nouvelles pratiques, passant ainsi sous silence l'intense travail auquel elle se livrent – poursuit le travail de transformation de soi initié lors de la première phase. Elle est celle de la rationalisation extrême d'un « régime de vie » s'étendant à différents domaines pratiques. Le maintien de l'engagement dans la carrière s'opère en premier lieu par une systématisation et une radicalisation des techniques de la première phase, qui s'exercent sur les différents fronts de la prise en main. De nouvelles techniques sont également destinées à inscrire les objectifs poursuivis dans des habitudes corporelles

pour s'assurer de leur réalisation et rendre possible de maintenir l'engagement (le travail de prise en goût est l'une de ces méthodes d'incorporation volontariste). Les dispositions anorexiques finalement incorporées constituent alors une force d'entraînement interne à maintenir l'engagement. Parallèlement, un travail systématique de mesure s'élabore à la hauteur des efforts entrepris, pour en évaluer mais aussi pour en renforcer les résultats.

En ce qui concerne cette deuxième phase, on peut donc mettre en évidence deux sources internes du maintien de l'engagement dans la carrière anorexique : le travail sur les différents fronts – c'est en travaillant activement à maintenir l'engagement qu'on le maintient – puis les dispositions qui résultent de ce travail et le relaient. Ces dernières n'agissent pas comme des dispositions inconscientes préexistantes mais sont explicitement recherchées et finalement acquises au cours du travail de construction de dispositions qui a lieu lors de cette phase de la carrière anorexique. La phase suivante va faire apparaître une troisième source de maintien de l'engagement, celle-ci externe : l'étiquette d'anorexique et ses effets sur l'activité entreprise.

---

## « Continuer » (II) : maintenir l'engagement malgré les alertes et la surveillance

On a vu dans le chapitre précédent que les interviewées utilisaient un même terme, « continuer », pour parler d'un moment compris, de leur point de vue, entre le régime et l'hospitalisation, et on a déjà évoqué le fait que l'analyse de ce moment faisait apparaître deux phases qui peuvent se superposer en partie. Au cours de la deuxième phase de la carrière anorexique, présentée dans le chapitre précédent, la définition de la situation change progressivement. Le fait de « continuer » est de plus en plus défini comme une façon de « ne pas s'arrêter » par rapport aux demandes puis aux exigences d'arrêt émises par des acteurs extérieurs<sup>1</sup> : « Au début ma mère me dit : “Bon, ben c'est très bien, si tu as perdu un peu de poids, si tu es mieux comme ça, tant mieux, mais maintenant t'arrêtes”, et puis au fur et à mesure elle me disait “bon maintenant t'arrêtes vraiment” puis... j'arrêtais pas et c'est là que ça a commencé, ils ont commencé à s'inquiéter... » [Julie, H].

Ce qui « commence » alors, pour reprendre le terme de Julie, c'est l'étiquetage du maintien de l'engagement comme déviant. Ce chapitre est consacré à l'examen de cette phase, qui peut commencer au cours de la phase précédente, parfois tout à son début, parfois plus tard, et se poursuit ensuite. Cette

---

1. Ce n'est pas la simple distinction entre *continuer* et *ne pas s'arrêter* qui marque la différence entre les deuxième et troisième phases de la carrière. En effet, l'usage particulier des instruments de mesure évoqué dans le chapitre précédent, par exemple, se rapporte également au fait de *ne pas s'arrêter*. Ce qui caractérise en revanche cette phase par rapport à la phase précédente, c'est l'intervention et l'influence des *demandes extérieures d'arrêt*.



superposition potentielle des phases montre bien l'intérêt, évoqué dans le chapitre 3, du terme de « phase », par opposition par exemple à celui d'« étape » qui sous-entendrait une solution de continuité chronologique beaucoup plus stricte. On ne s'intéressera donc plus tant ici, comme on l'a dit, à l'« accomplissement d'un acte donné » qu'à la « définition de cet acte comme déviant ». Différents courants de sociologie interactionniste des maladies mentales se sont tout particulièrement penchés sur cette question. Pour emprunter une formule lapidaire à Ph. Manning, cette optique se définit par le fait que le DSM – le manuel diagnostique évoqué dans le chapitre 2 – est un « catalogue de choses que l'on ne doit pas être découvert en train de faire en public<sup>2</sup> ». La troisième phase de la carrière anorexique est celle de cette découverte et de ses effets.

Dans l'analyse de la phase préhospitalière de la carrière morale du malade mental, E. Goffman donne une place particulière « à la série des agents et des services qui contribuent inexorablement à faire passer le malade du statut de personne normale à celui d'interné et qui, selon un circuit bien organisé, doivent se passer de l'un à l'autre les mêmes individus pour les prendre en charge ou les renvoyer<sup>3</sup> ». Ce « circuit des agents » comporte plusieurs types de rôles : le « proche parent », qui est « le dernier à avoir mis en doute les facultés mentales du malade et le premier à avoir tenté l'impossible pour le sortir de l'ornière dans laquelle on le disait en train de s'enliser » ; le « plaignant », « profane qui engage l'action en tant que citoyen, employeur, voisin, voire parent » et qui est « celui qui paraît rétrospectivement à l'origine du processus d'hospitalisation » ; les « intermédiaires », qui sont eux des « spécialistes » : « Ce groupe comprend aussi bien la police que le clergé, les praticiens de médecine générale, les psychiatres consultants, le personnel des dispensaires, les hommes de loi, les assistantes sociales, les maîtres d'école, etc.<sup>4</sup>. » Il s'agit bien ici de rôles, et non de personnes, et Goffman souligne par exemple que la personne qui joue le rôle de proche parent peut aussi jouer le

---

2. Ph. MANNING, *Erving Goffman and Modern Sociology*, Stanford University Press, Stanford, 1992, p. 101.

3. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 189-190. Avant de présenter ce circuit des agents, E. Goffman insiste sur l'importance des « contingences de la vie » dans l'internement ou le non-internement d'un malade : « On pourrait dire que c'est moins la maladie mentale que les contingences de la vie qui décident de l'internement » (p. 189). L'adverbe « inexorablement » ne doit donc pas être compris de manière absolue.

4. *Ibid.*, p. 190-191.

rôle de plaignant – on pourrait aussi ajouter, comme on le verra, qu’une même personne peut à la fois jouer le rôle de proche parent et d’intermédiaire professionnel.

Outre l’identification des rôles actifs dans ce circuit, E. Goffman se concentre sur les conséquences de sa mise en place sur les « sentiments du malade », les raisons qui font que « le malade peut avoir l’impression qu’une coalition s’est formée contre lui pour obtenir son internement », et la transformation, pour le malade, du circuit des agents en « circuit des épreuves » et en « couloir de la trahison ». Dans ce modèle séquentiel présenté par E. Goffman, il reste cependant des points fixes, qui sont peut-être des points aveugles. Tout d’abord, l’étiquette de « malade mental » semble d’emblée présente, et présente selon les mêmes modalités et dans les mêmes contenus d’un bout à l’autre du circuit des agents. En bref, elle ne fait pas l’objet d’une histoire. De plus, le malade lui-même éprouve certes des « sentiments » (il se sent « trahi publiquement », il « éprouve le sentiment de s’être fait avoir », « il comprend de moins en moins ce qui lui arrive »...), mais effectue assez peu d’actions, le circuit des agents opérant sur lui de manière quasi inéluctable. Certes, pour E. Goffman, le circuit des agents a précisément pour effet de supprimer ces possibilités de résistance – et il en détaille les mécanismes –, mais peut-être la résistance n’est-elle pas la seule modalité d’actions qu’il conviendrait de prendre en compte.

On pourrait ainsi résumer la perspective d’E. Goffman en disant qu’il fait de la phase préhospitalière une phase rapide – l’étiquette n’a pas le temps de changer, le malade n’a pas le temps de réagir – et une phase tournée inéluctablement vers l’hospitalisation – le malade n’y est décrit que sous l’angle d’un futur interné<sup>5</sup>. Ce modèle découle sans doute à la fois du terrain effectué par Goffman – l’hôpital psychiatrique américain des années 1950 – et de la perspective d’*Asiles*. Dans le cas considéré ici, la troisième phase de la carrière anorexique s’inscrit dans un temps plus long, l’hospitalisation n’étant définie par le circuit des agents que comme un « dernier recours ».

---

5. On retrouve ici, sur un autre objet, une critique qui a été faite à la notion d’« institution totale » : « Pour Goffman, l’institution totale était avant tout coercitive, et la “carrière morale” du patient fatalement déterminée par l’hôpital [...]. Pour [Strauss], l’ordre institutionnel n’était pas une force extérieure qui contrôlait des individus passifs. Les individus, y compris les patients, participaient à la détermination de cet ordre », R. BARRETT, *La Traite des fous*, *op. cit.*, p. 24-25.

Dans ce temps long se déploient à la fois une histoire des étiquettes attribuées à la personne déviante et une histoire des effets de cette attribution sur la personne étiquetée. Vu le type de terrain qui a été effectué – il n'a été fait d'entretiens ni auprès des parents, ni auprès des différents médecins étant intervenus au cours du circuit des agents –, c'est ce deuxième aspect qui sera privilégié, même si les entretiens réalisés permettent néanmoins de repérer certains aspects de l'histoire des étiquettes. Pour rendre compte de ce qui se passe lors de cette troisième phase de la carrière anorexique, on réintroduit donc une perspective en termes de stigmat – c'est-à-dire de contrôle et de gestion d'information de la part de la personne stigmatisée – et en termes d'étiquette (*label*) – c'est-à-dire d'attribution identitaire ayant des effets propres, notamment dans les réactions qu'elle suscite – par rapport au modèle de carrière préhospitalière proposé par E. Goffman dans *Asiles*.

## Le circuit des agents et des étiquettes

D'une certaine façon, le circuit des agents rappelle celui qui, lors de la phase d'engagement dans la carrière anorexique, s'organisait autour de ceux que l'on avait appelés des prescripteurs, des incitateurs et des accompagnateurs. Dans les deux cas en effet, le circuit peut impliquer tant des profanes que des professionnels, et le même type de profanes ou de professionnels. Dans les deux cas, les rôles qui constituent le circuit ont pour fonction l'imposition ou le relais d'une norme. Plus précisément encore, ce sont parfois les mêmes personnes qui vont occuper un rôle dans chacun des deux circuits. Dans les deux cas enfin, la mise au jour du circuit fournit une réponse à la question « *comment* en est-on arrivé "là" – à faire un régime, ou à l'hospitalisation ?<sup>6</sup> ». Cependant, les normes portées par les deux circuits sont exactement opposées : là où le premier circuit incitait au régime, le deuxième est un circuit d'imposition de l'arrêt de la perte de poids.

---

6. Poser cette question consiste à « considérer tout ce qui se passe comme un exemple d'activité collective, comme le résultat de l'action collective de nombreuses personnes et institutions », H. S. BECKER, *Les Ficelles du métier*, op. cit., p. 331.

### Les alertes

Cette troisième phase commence par une « alerte », et le premier rôle de ce circuit des agents est celui d'« alerteur ». Le premier alerteur est la première personne à pointer publiquement que « quelque chose ne va pas ». Cette première alerte peut tout de suite donner lieu à la constitution d'un circuit d'agents, mais il est aussi possible que les alertes se multiplient sans effet apparent dans un premier temps. On pourrait penser que le rôle d'alerteur est identique à celui de « proche parent » défini par Goffman : « Son plus proche parent le presse d'aller discuter de son affaire avec un médecin, un psychiatre consultant, ou tout autre conseil<sup>7</sup>. » Cependant, le terme d'« alerteur » amène à ouvrir la boîte noire que constitue le rôle de proche parent sur trois points : il s'agit en effet de voir *qui* alerte, *ce qui* amène l'alerteur à manifester une inquiétude publique (ou en d'autres termes : qu'est-ce qui « fait » déviance au début), et *quelle est l'étiquette* qui est alors attribuée à l'interviewée.

Dans bien des cas, le premier alerteur est certes un « proche parent » : « Ça a fait que j'ai commencé à perdre, ma mère s'en est rendu compte parce que bon j'ai jamais été très grosse, donc ça s'est vite vu, et en décembre je me suis coupé les cheveux, donc ça a allongé encore plus le visage, et, à ce moment-là, elle m'a emmenée chez un médecin généraliste » [Anne, H]. Toutefois il peut s'agir aussi d'un professionnel, dans la mesure notamment où des consultations de santé sont institutionnalisées à intervalles réguliers dans le cadre scolaire :

En première, j'ai dû me faire vacciner pour différentes choses que j'avais faites en retard, je sais plus trop quoi, et au lycée on a appelé mes parents, en leur disant que, en un an, j'avais perdu huit kilos [Yasmine, C].

[Louise est interne] Y'avait la pesée traditionnelle du début d'année, [...] en janvier ils nous pèsent, et c'était en janvier que j'avais commencé à perdre du poids... et depuis la troisième, ça faisait un an, j'avais perdu pas mal. Alors ils se sont inquiétés [...] le docteur m'a dit, « bon écoute c'est pas bien et tout... » [Louise, H].

L'alerteur agit donc parce qu'il est « inquiet » d'une situation qui sort pour lui de la normale. Mais toutes les personnes en

---

7. E. GOFFMAN, *Asiles*, op. cit., p. 191.

présence de cette même situation ne vont pas devenir des alerteurs pour autant. Le point de vue rétrospectif, qui fait raconter le moment de cette phase du point de vue du diagnostic qui a été posé à son terme, peut de plus amener les interviewées à s'étonner de l'absence d'une réaction sociale à la situation, ou de son caractère tardif :

Mais ce qui est marrant, c'est que dans mon environnement de gens de prépa, enfin, de copains même, jamais aucun n'ait remarqué. C'est un truc qui m'a toujours... Enfin, d'un autre côté, on ne parlait pas de ça [...]. Mais jamais y'en a un qui a remarqué que je maigrissais de façon... anormale [...]. Mais je crois aussi qu'ils ignoraient ce problème [= qu'ils n'avaient pas connaissance du diagnostic d'anorexie, plus tôt elle dit « Mais je crois qu'à l'époque l'anorexie était pas devenue ce qu'elle est maintenant. On savait pas trop ce que c'était, on pensait pas que c'était une maladie »], ou qu'ils pensaient que je voulais maigrir [...]. Je comprends pas qu'aucun copain ne m'ait fait remarquer... ou alors ils s'en rendaient pas compte [...] ils se disaient : « C'est la phase des concours, c'est normal » [Annabelle, I].

Mais en plus, en fait, pendant à peu près un an et demi, j'ai fait ça sans que personne ne s'en rende compte [...]. Simplement ils faisaient pas attention... ou ils pensaient que c'était un régime [...]. Pendant une très longue période mes parents ne se sont pas rendu compte. Et puis un jour c'était en été, donc j'avais les bras nus et tout d'un coup mon père s'est rendu compte de ce que j'étais devenue. Et, à ce moment-là, ils ont eu je crois assez peur, et donc ils ont beaucoup insisté pour que j'arrête [Véronique, I].

L'existence et l'identité des alerteurs engagent deux types de questions. Tout d'abord, la visibilité du stigmaté qui va faire déviance. Selon E. Goffman, la « visibilité » d'un stigmaté est « sa plus ou moins grande aptitude à produire le moyen de faire savoir qu'il est possédé par tel individu [...]. La visibilité est donc, cela va de soi, un facteur crucial [...]. Cela dit, le terme plus général de "perceptibilité" serait plus exact, et celui d'"évidence" plus encore<sup>8</sup> ». Cette évidence stigmatique peut être celle de certaines pratiques mais aussi celle du corps et de sa maigreur. La question de la visibilité ne fait cependant pas intervenir uniquement les attributs du stigmaté lui-même – ceux qu'il posséderait en soi, l'« aptitude » du stigmaté pour

---

8. E. GOFFMAN, *Stigmaté*, op. cit., p. 65.

reprendre le terme d'E. Goffman –, mais aussi les connaissances sociales du public qui suscitent un codage en termes de déviance, et plus particulièrement d'anorexie. C'est là qu'on peut faire intervenir la notion de visibilité sociale élaborée par A. Strauss et citée dans le chapitre 3. Là où E. Goffman définit l'évidence principalement au niveau de l'interaction et du stigmatisme lui-même, A. Strauss fait intervenir une visibilité sociale plus large, que les débats publics et les médias contribuent à créer<sup>9</sup>. Or ces deux types de visibilité – l'évidence interactionnelle du stigmatisme et la visibilité sociale d'une déviance – sont bien en jeu dans l'existence, la définition et la chronologie des alertes.

En effet, comme on peut le voir dans les deux extraits ci-dessus, la maigreur peut être rapportée à une situation « normale », comme la « phase des concours », ou le résultat d'un régime. La maigreur peut alors être visible sans engager un processus de codage en termes de pathologie mentale. À l'inverse, l'alerte peut tout de suite donner lieu à un codage en termes d'anorexie si le rôle de l'alerteur est tenu par un proche parent qui est de plus un professionnel susceptible d'interpréter très rapidement la déviance en termes d'anorexie. Le fait d'avoir, dans sa famille, un tel type de professionnel peut jouer comme accélérateur de l'alerte et entraîner un codage rapide en termes d'anorexie : « Ma mère elle en a beaucoup parlé avec ma cousine, qui a fait des études de médecine, puis bon ma cousine lui a dit "tu sais tu devrais faire attention parce que elle a ça, ça, et ça, et les symptômes un peu", et ma mère s'en est vite rendu compte » [Julie, H].

Au moment de l'alerte interviennent également les différents seuils d'acceptation du public. Ainsi, le codage d'une même situation comme déviante ou non déviante fait intervenir la diversité des normes portées par les alerteurs, qui ne sont pas toutes enfreintes par une situation pourtant objectivement identique. Tout particulièrement, le groupe des pairs apparaît

---

9. On peut noter cependant qu'E. Goffman évoque le « pouvoir de décodage » du public, mais qu'il l'envisage plutôt comme une « compétence » scientifique à voir ce que les autres ne voient pas que comme le résultat, dans certains cas, d'un travail public de décodage : « Le médecin qui croise un homme présentant une coloration rouge terne de la cornée [...] sait qu'il vient de rencontrer quelqu'un [...] qui risque fort d'être atteint de syphilis. Les autres passants, en revanche, aveugles qu'ils sont aux signes médicaux, n'y verront pas malice. Par suite, il est généralement nécessaire de préciser le pouvoir de décodage du public avant de parler du degré de visibilité », E. GOFFMAN, *Stigmatisme*, op. cit., p. 67.

comme tolérant plus longtemps une situation qui constitue plus vite une infraction pour d'autres :

Mais par exemple j'ai jamais eu de réflexions des autres... des autres élèves... Les gens ne me... À part mes parents qui me disaient que j'étais maigre, que j'étais squelettique, qu'il fallait faire quelque chose, mais les gens en général à l'école ne s'en rendaient pas compte [...]. Les gens ont pas vraiment tilté en fait [Émilie, C].

[Mes copains] quand ils me voient ils me disent : « Mais t'es normale, je vois pas pourquoi il faut que tu prennes du poids... » Quand on me dit ça, en même temps ça me conforte dans mon idée que je suis bien comme ça, et en même temps je me dis : « Oui mais alors attends, faut que j'écoute qui, mes copains ou les médecins ? » [Isabelle, C].

Plutôt que la visibilité ou l'évidence du stigmatisme lui-même, il faut donc faire intervenir une nouvelle fois la visibilité sociale de la déviance, *et* la diversité des normes d'un groupe à l'autre. On retrouve ici la critique de la notion de « déviance » par A. Strauss et l'existence de conflits autour de la définition de l'infraction à une norme : ce qui sera perçu comme une déviance par certains ne le sera pas par d'autres. Bien évidemment, cette constatation ne fait pas disparaître le fait que certaines personnes sont en position plus légitime non seulement pour définir un acte donné comme déviant, mais pour faire suivre cette imputation de conséquences. Il en est ainsi des médecins, ou même des parents, qui peuvent en tant qu'alerteurs emmener l'interviewée chez un médecin alors même que le groupe de pairs n'attribue pas un caractère déviant à la maigreur – ce qui peut n'avoir absolument aucun effet sur la perception et la décision des parents.

Toutes les personnes en présence d'une même situation ne deviennent donc pas alerteurs pour autant, ou en tout cas ne le deviennent pas au même moment. Sans pouvoir entrer ici dans le détail des raisons de ce décalage, on peut néanmoins faire quelques hypothèses qui font intervenir les diverses formes de visibilité. Tout d'abord, des normes situées de minceur peuvent jouer un rôle. Véronique, qui souligne l'absence de réaction de ses parents pendant « un an et demi », évoque en même temps le fait que, dans sa famille, les femmes (sa mère et ses deux grands-mères) étaient des « haricots verts », « très très

minces ». Et on peut faire l'hypothèse que ces normes situées d'extrême minceur peuvent aussi être celles du groupe des pairs : au moment de l'hospitalisation, les amies de Julie lui affirment ainsi « tu sais, tu as trop maigri, *c'est même plus joli* », ce qui sous-entend qu'elles ont longtemps approuvé l'amaigrissement. Ces normes d'extrême minceur portées par le groupe des pairs sont encore plus nettes lorsque l'interviewée fait de la danse ou de la gymnastique par exemple, comme c'est le cas d'Isabelle et d'Émilie citées plus haut. De plus, la visibilité sociale de l'anorexie joue également un rôle dans l'imputation de déviance : Annabelle décrit ainsi une situation où l'absence de réaction sociale peut être rapportée à l'absence de visibilité sociale de l'anorexie comme diagnostic. On peut plus généralement faire l'hypothèse qu'il peut y avoir d'autant plus d'alerteurs, et d'alerteurs d'autant plus précoces, que le diagnostic est diffusé et connu, d'une part, et d'autre part que les comportements qui font déviance sont effectués par les personnes les plus ciblées par la diffusion du diagnostic, des adolescentes – en ce sens, les mêmes pratiques opérées par des garçons ou des femmes plus âgées entraîneraient beaucoup moins, ou beaucoup moins vite, des alertes.

L'alerteur réagit donc en manifestant publiquement une « inquiétude » et en pointant une déviance. Or, ce n'est pas toujours la même déviance qui est pointée. De même que, parmi les spectateurs d'une même situation, il pouvait exister ou non des alerteurs, il y a également des variations dans l'imputation de ce qui « fait » déviance pour les différents alerteurs. Certes, comme on a pu le voir dans certains des extraits d'entretiens ci-dessus, c'est la maigreur qui constitue l'infraction la plus souvent remarquée, que ce soit par rapport à une norme référée à la personne elle-même – l'interviewée a « perdu trop de poids » – ou de manière absolue – l'interviewée est dite « squelettique ». Les pratiques alimentaires peuvent également constituer l'infraction remarquée. L'interviewée « ne mange plus », c'est-à-dire ne mange plus comme avant – norme référée à la personne – ou ne mange plus assez – norme absolue, par rapport à ce qu'il serait normal de manger :

Quand ma mère s'est rendu compte que j'avais beaucoup maigri, et que je continuais à faire le régime etc., elle m'a envoyée donc voir un psy, voir l'endocrino [Anne, C].



*« continuer » (II) : maintenir l'engagement malgré les alertes...*

Elle [sa mère] m'avait emmenée chez un médecin pour un certificat de sport, et elle était venue avec moi et elle avait dit au médecin, en appuyant bien, j'étais là, « Anne ne mange plus, elle maigrit » [Anne, H].

Les évanouissements ou les chutes, comme signes de faiblesse physique, peuvent également être à l'origine de l'intervention de l'alerteur :

Je suis partie au ski, et puis je suis tombée, parce que je faisais du ski, je mangeais pas, et je suis tombée. Donc ma sœur m'a relevée, m'a dit "bon il faut faire quelque chose", donc je suis allée voir un psy... un psychiatre [Christine, C].

Vers mi-juillet j'ai commencé à avoir des malaises, à me trouver mal le matin... Donc là on a commencé à consulter quelques médecins [Julie, H].

Enfin, l'arrêt des règles peut également faire intervenir un alerteur et entraîner l'appel à un professionnel :

J'avais perdu un petit peu mais ça s'est pas beaucoup vu. Juste, j'avais plus eu mes règles... La première fois [le premier médecin rencontré] j'ai été chez la... [...] la gynéco [Sidonie, H].

J'ai vu un médecin au bout de sept mois... parce que... mes parents s'inquiétaient... parce que bon, c'est un peu scabreux, mais pendant sept mois j'ai pas eu mes règles [Annabelle, I].

À ce stade du circuit, il existe donc des variations dans ce qui « fait » déviance. Parallèlement, il existe des variations dans la façon dont ces différents types de déviations sont étiquetés.

La prise en compte de l'histoire des étiquettes – et non plus seulement d'un processus univoque et inéluctable d'étiquetage aboutissant à une hospitalisation – fait apparaître les conflits de définition autour des différents moments de l'étiquetage. L'alerteur est une personne qui s'inquiète de la situation, mais il peut tout d'abord y avoir conflit de définition autour de la pertinence ou de la légitimité de cette inquiétude : « Moi j'étais là : "Non non ça va je me sens en pleine forme et tout, j'ai jamais été autant" » [Yasmine, C]. Louise peut même, à ce stade, se permettre de balayer avec légèreté les premières inquiétudes de sa mère formulées en termes d'anorexie : « Je disais à ma mère, quand elle disait que j'étais anorexique : "Mais maman, elles

font toutes vingt kilos les anorexiques... Tu dis n'importe quoi, j'en fais quarante, allez !" » [Louise, H].

Les conflits de définition peuvent également porter non sur la légitimité de l'inquiétude mais sur le type d'interprétation – et donc de mesures à prendre – que cette inquiétude doit susciter. Ainsi, comme le souligne Anne [C] par exemple, son père et sa mère vont étiqueter (devant elle en tout cas) son comportement en termes de santé physique, là où sa tante va proposer une interprétation en termes d'anorexie mentale : « En fait, quand mes parents m'ont dit que j'avais un rendez-vous chez le médecin, euh... Ils ont pas dit "anorexique"... Et... Ils m'ont dit que, enfin ma mère m'a dit que papa pensait que certains jeunes avaient des problèmes, des problèmes digestifs, etc. C'était pas des comportements alimentaires, c'était digestif... [...] [La première fois où a été prononcé le terme d'] anorexie mentale, je crois que c'est... peu de temps après que j'ai gardé mes cousines lors des vacances de février [...]. Ma tante a donc téléphoné à maman, et lui a dit : "Mais écoute, Anne, pendant qu'elle était chez nous, a eu un comportement d'anorexique mentale, est-ce que... ? Est-ce que tu le sais, il faut quand même que tu t'en rendes compte, etc." Bon je pense qu'elle l'a dit à peu près dans ces termes, euh... Et... Maman m'a rapporté que... Elle avait eu du mal à l'accepter, quoi, elle avait dit : "Mais comment, comment tu le sais, et puis pourquoi tu dis ça ?" » [Anne, C]. Anne entre dans ce conflit de définition en se situant du côté d'une interprétation biologique – en termes de problèmes digestifs –, une interprétation à la fois moins stigmatisante pour elle et qui lui permet surtout d'évacuer la question de sa propre responsabilité dans sa perte de poids et de continuer le travail de maintien de l'engagement : « Donc tout de suite y'avait la possibilité de... Enfin moi j'entrevois la possibilité de faire croire que j'étais malade, que j'influçais pas, enfin que je n'avais aucune prise sur mon corps quoi... » [Anne, C].

Un conflit de définition similaire a pu opposer les parents de Mathilde, tenants d'une interprétation en termes de problème psychologique, mais sous la forme d'une « déprime », et sa sœur qui mentionne une anorexie :

Mes parents s'en sont rendu compte que ça allait pas [...] mais la personne qui la première a prononcé le nom, le mot d'anorexie, c'était ma sœur qui vivait à l'extérieur, et qui a dit à mes parents

que c'était pas possible... à chaque fois qu'elle venait me voir, à peu près une fois par semaine, elle avait l'impression que j'avais maigri, que j'allais de moins en moins bien, c'est elle qui la première m'a poussée à voir un médecin... [...] C'est elle qui m'a parlé la première, un jour où elle m'a invitée chez elle et elle m'a dit : « Ça va pas, tu vas pas bien », [...] c'est elle qui la première m'a parlé d'anorexie [Mathilde, H].

Parmi les alerteurs, il y en a donc un qui va jouer le rôle de plaignant et dont l'inquiétude se traduit par une consultation médicale. Comme on l'a vu dans les extraits ci-dessus, le processus d'étiquetage a pour résultat la rencontre avec un professionnel de la médecine. Le type d'étiquette attribuée ainsi que les issues des conflits de définition, s'il y en a eu, ont quant à eux une influence sur le type de professionnel initialement rencontré.

### *Le circuit des professionnels*

L'alerte ou les alertes successives entraînent la constitution d'un circuit d'« intermédiaires », pour reprendre le terme d'E. Goffman – « toute la série des agents et services auxquels le malade est adressé et par l'entremise desquels il se trouve orienté puis acheminé vers l'hôpital<sup>10</sup> ». Ces intermédiaires ont en commun d'être des professionnels qui peuvent être des médecins généralistes, des médecins spécialistes (pédiatre, endocrinologue, gynécologue, psychiatre) ou des psychologues – dans les entretiens, le statut exact des « médecins » ou des « psys » qui ont été consultés n'est pas toujours précisé.

Ce circuit possède des caractères communs d'une interviewée à l'autre. La consultation d'un médecin généraliste, quand elle a lieu, se fait en début de circuit. À l'opposé, la consultation d'un psychiatre est en bout de circuit. Les circuits les plus longs font intervenir pratiquement toutes les professions citées. De plus, le passage d'un professionnel à un autre peut ne pas se faire de manière exclusive : le médecin généraliste, par exemple, ou l'endocrinologue peuvent rester présents d'un bout à l'autre du parcours médical. Des variations importantes existent cependant d'un parcours à l'autre, et dessinent notamment une distinction entre deux types de modèles.

---

10. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 190.

Une première forme de parcours commence en médecine de la santé physique, puis se poursuit en médecine de la santé mentale : Sidonie [H] a d'abord consulté un gynécologue, qui l'a orientée vers des « spécialistes, des psychologues ». Isabelle [C] a d'abord « été voir » un endocrinologue, qui « l'a dirigée » vers une « psy ». Camille [C], qui « avai[t] encore une pédiatre [à l'époque] », a été la voir, et ce n'est que dans un deuxième temps que ses parents l'ont emmenée voir des « médecins spécialisés », puis des « médecins spécialisés dans l'anorexie ». Le parcours médical peut même s'arrêter aux médecins de la santé physique, comme dans le cas d'Annabelle qui n'a jamais été hospitalisée. Le conflit de définition, qui oppose d'un côté un médecin généraliste, de l'autre Annabelle et ses parents, aboutit à l'arrêt de la carrière médicale en santé physique. L'issue du conflit de définition montre que ce sont les définitions profanes, et non médicales, qui ont prévalu dans ce cas : « Mais bon j'ai pas vu de psychologues, ou... J'ai vu des gens pour la circulation. Suite à ça [arrêt des règles et saignements de nez], pour le côté "renforcer les veines", et c'est là qu'il y a eu un toubib qui a dit : "Bon, c'est un problème psychologique." Mais j'ai pas voulu entendre, et y'a pas eu de suite, parce que mes parents étaient pas non plus prêts à admettre ça de toute façon » [Annabelle, I].

Un deuxième type de parcours médical commence en santé mentale – c'est-à-dire directement ou par l'entremise d'un médecin généraliste qui oriente vers un spécialiste de santé mentale –, selon des circuits divers : d'abord un psychologue, puis un psychiatre par exemple pour Yasmine [C] et Sophie [C], immédiatement un psychiatre pour Christine [C]. Le type de circuit des professionnels dépend en grande partie de la définition de la situation qui a été donnée au moment de l'alerte, et notamment de l'issue des conflits de définition antérieurs à la première rencontre avec le médical. Lorsqu'une étiquette précise n'est pas attribuée, le premier professionnel rencontré est un généraliste – ou un pédiatre dans le cas de Camille ; si le « problème » a été défini en termes d'arrêt des règles, il s'agit d'un gynécologue. Si l'étiquette est en revanche immédiatement posée en termes d'anorexie ou de risque d'anorexie, ce sera un psychologue ou un psychiatre. Le type de définition de la situation influe donc sur le parcours médical, même si d'autres facteurs peuvent également intervenir, comme, dans le cas de Sophie, le fait d'avoir déjà consulté un psychologue – « pour

autre chose » – au début de son adolescence, qui rend plus évident le recours au même psychologue au moment de l'alerte, et plus généralement les connaissances profanes du diagnostic ou la proximité familiale avec le monde médical.

Si les définitions profanes de la situation lors de l'alerte peuvent influencer sur les débuts du parcours médical, ce dernier s'inscrit ensuite dans les définitions professionnelles de la situation. Celles-ci font intervenir les diagnostics qui vont ou non être posés et impliquent l'orientation d'un médecin vers un autre, ce qui conduit à poser la question de l'évolution des étiquettes dans ce circuit professionnel. Sur ce point, les informations données par le type de terrain réalisé permettent seulement de dessiner à gros traits l'évolution de ces étiquettes. Les premières consultations peuvent ne donner lieu à aucune étiquette visible : « Donc là, on a commencé à consulter quelques médecins... Ils disaient rien de spécial, que je fasse attention, que je fasse plusieurs petits repas si je voulais pas en faire de gros... » [Julie, H]. Le diagnostic d'anorexie peut apparaître dans un deuxième temps, présenté par les médecins sous la forme d'un « risque ». Les interviewées décrivent ainsi une gynécologue ou des généralistes qui avancent que « ça pourrait bien être de l'anorexie », que l'interviewée « est peut-être anorexique », ou que l'anorexie est une éventualité (« il nous a dit que c'était un risque que je courais à continuer comme ça... » « Il m'avait pas dit que j'étais anorexique, il m'a dit que je pouvais devenir anorexique si je continuais ce régime »).

Ce type de formulation médicale implique que les conflits de définition puissent encore être courants. La disqualification de l'étiquette, par exemple, peut encore se faire sur le modèle léger identifié plus tôt :

Et plusieurs fois on nous a dit : « Ouais, elle est peut-être anorexique et tout », et moi j'étais là : « Mais qu'est-ce que vous racontez avec vos gros mots savants, là et tout ? ! » [Camille, H].

« Oui, la gynéco, j'avais perdu un petit peu, elle m'a fait : « Ça pourrait bien être de l'anorexie... » Bien sûr ma mère avait rigolé, j'avais rigolé... [Sidonie, H].

On peut même voir, dans ce dernier extrait, qu'à ce moment-là les conflits de définition n'opposent pas seulement la patiente et ses premiers médecins. À mesure que le circuit se poursuit, les disqualifications du diagnostic deviennent de plus

en plus difficiles, et les conflits de définition opposent de plus en plus l'interviewée, et elle seulement, à l'ensemble des personnes concernées. Enfin, l'étiquette peut devenir celle du diagnostic d'anorexie mentale, posé par un spécialiste (un psychiatre), voire par ce que l'on pourrait appeler un « double » spécialiste, psychiatre spécialisé dans l'anorexie. La disqualification de l'étiquette devient alors une véritable résistance à l'imposition de plus en plus légitime (à mesure que l'on passe d'un médecin généraliste à un spécialiste) et de plus en plus générale d'un diagnostic médical :

Mathilde : – J'avais l'impression que je mangeais comme une jeune fille de mon âge, ou que comme la plupart des filles de ma classe je faisais attention à ma ligne... C'était tout à fait normal...

MD : – Et ça tu leur disais, c'est un argument que tu employais ?

M : – Non... Les rares fois où ça a été évoqué, « mais non tu es complètement dans ton anorexie »... [...] Mais faut dire, aussi, on a eu beau me dire que j'étais anorexique, j'y croyais pas, je pensais que c'était une petite anorexie, comme ça. Pour moi, c'était un régime un peu plus marqué que pour d'autres... [Mathilde, H].

À partir de ce moment, le diagnostic médical d'anorexie peut s'imposer comme définition légitime de la situation, et ce y compris pour l'interviewée elle-même. Toutefois, les raisons de cette imposition ne tiennent pas toutes au pouvoir de définition d'instances légitimes telles que la médecine, et l'étiquette d'anorexique peut en fait être publiquement acceptée avant toute hospitalisation pour des raisons qui ne tiennent pas seulement à l'efficacité de l'imposition médicale. En effet, elle peut tout d'abord être acceptée comme un simple descriptif d'un « type de personnalité », en refusant de ce fait les imputations pathologiques du terme, c'est-à-dire concrètement en refusant les injonctions à cesser de maintenir l'engagement que le caractère pathologique impliquerait : « C'est-à-dire que pour moi c'était rentré... C'était devenu... ma personnalité [...]. C'était comme ça, quoi. Pour moi c'était devenu un type de personnalité... Y'avait les anorexiques et c'était pas forcément des malades... » [Véronique, I]. L'étiquette peut de plus être acceptée, voire revendiquée, comme un « fanion » à la fois

distinctif et incompréhensible, c'est-à-dire une étiquette finalement assez peu réductrice et objectivante :

Yasmine : – J'avais vraiment trouvé l'étiquette parfaite... Le fanion que personne d'autre n'avait... Et je trouvais que ça me correspondait assez...

MD : – Mais c'était un truc important pour toi justement que personne n'ait ce fanion-là ?

Y : – Ouais... Je dirais, que personne ne le comprenne aussi » [Yasmine, C].

L'étiquette peut enfin être acceptée comme un moindre mal par rapport à une étiquette jugée plus stigmatisante. On peut le voir très nettement dans le récit que fait Anne d'une interaction avec une amie, au cours de laquelle elle refuse d'abord l'étiquette d'« anorexique » avant de finalement la revendiquer pour échapper à celle de « boulimique » :

Anne : – Y'avait une autre de mes amies, [...] ça faisait... deux-trois ans que je l'avais pas vue, quand en première, une de mes tantes a été chercher Léa et elle lui a dit : « Tu sais, Anne elle a des problèmes en ce moment, faut que tu l'aides, etc. » Et bon, elle lui a dit, je pense, que j'étais anorexique... Après, j'ai envoyé une lettre à ma tante pour lui demander des explications, elle m'a dit : « Jamais j'ai dit l'anorexie », etc., bon elle a dû lui décrire tous les symptômes et puis voilà, c'est tout, quoi... [...] Et donc elle a, elle est venue avec Léa et j'étais un petit peu étonnée, j'étais un petit peu gênée aussi parce que... voilà, et puis ben on a été se balader avec Léa, et puis elle m'a demandé, on s'est assises dans un parc, « Ça va avec tes parents, etc. ». Moi j'ai fait : « Oh oui, oui... » bon... On l'a senti passer... Puis elle m'a dit : « [Ta tante] m'a dit que tu étais anorexique ? »... « Quoi ? Non ! Pourquoi elle t'a dit ça ? » Ben etc., quoi, c'était... très très dur... Et bon après... Y'a un point important aussi : anorexique, pour moi, ça signifiait ne plus manger du tout... Et ça me paraissait... Très sain en fait... Alors que moi je mangeais, mais je dégueulais après... Et elle m'a dit : « Mais t'es boulimique ou t'es anorexique ? »... J'ai dit : « Ben je suis anorexique » [...]. Et j'ai eu du mal à encaisser, quoi, et j'ai dit : « Non ! Je suis anorexique ! »...

MD : – Mais qu'est-ce qui était problématique à encaisser ? C'était qu'elle pense que tu étais boulimique ?

A : – L'acte de... vomir je supportais pas... Et... C'était très sale et très malsain, alors que anorexique c'était plus... Je sais pas, ça fait oiseau fragile, c'est tout, quoi, hein ? [Anne, C].

L'étiquette peut donc être acceptée, sinon indépendamment de l'imposition médicale du diagnostic, du moins pour des raisons qui ne font pas intervenir seulement l'intériorisation de cette étiquette par la soumission à la légitimité médicale. Il peut même s'agir d'un type différent de conflits de définition, dans la mesure où le terme médical peut être accepté, mais avec une signification différente – l'anorexie n'est pas une pathologie pour Véronique, l'étiquette d'anorexique ne réduit pas la personne pour Yasmine, l'anorexie est une étiquette socialement préférable à la boulimie pour Anne.

Au terme du circuit, le risque de l'hospitalisation si la patiente ne reprend pas du poids s'ajoute au diagnostic médical. L'étiquette passe alors d'« anorexique » à « anorexique en menace d'hospitalisation » :

Mon médecin m'a dit : « Il faudrait absolument faire une hospitalisation sinon tu t'en sortiras jamais » [...]. Et puis bon après je suis retombée dans les pommes, j'ai eu des malaises, je suis retournée chez le médecin, le médecin a pris ma tension, m'a pris le pouls, m'a dit : « C'est pas possible, faut absolument faire quelque chose, si tu regresses pas tu vas être hospitalisée, l'hôpital tout de suite » [Louise, H].

Les entretiens indiquent, sans qu'il soit ici possible d'entrer plus avant dans cette question, que l'hospitalisation peut alors représenter un enjeu de débats internes aux professionnels du circuit, auxquels peuvent se joindre les parents, mais beaucoup plus rarement, à ce stade du circuit des agents, l'interviewée elle-même :

Et donc le médecin généraliste et mes parents pensaient à une hospitalisation, ma santé ça allait plus trop, j'avais des malaises, une tension basse, et puis on m'avait fait une analyse de sang et c'était pas tellement bien, j'avais les hormones, tout était dérégulé, le médecin et mes parents pensaient à une hospitalisation, mais bon le psychologue [un psychiatre en fait] voulait absolument continuer et essayer, il pensait qu'on pouvait peut-être faire sans une hospitalisation, puis bon le médecin généraliste a fini par lui faire des notes, des certificats médicaux en lui demandant de voir pour une



hospitalisation, puis il disait : « On va encore attendre », puis bon mes parents étaient pas rassurés, le médecin généraliste non plus. [Nadège, H].

L'examen du « circuit des agents », mais aussi de l'histoire des étiquettes portées par ce circuit, fait donc apparaître les éléments de variation que sont les conflits de définition d'une part, et la variation des étiquettes d'autre part. Le moment que constitue le circuit des agents ne se définit pas seulement par son issue, même si l'issue la plus générale pour les interviewées est de fait l'hospitalisation dans la mesure où la majorité des entretiens ont été recueillis à l'hôpital. Seuls les entretiens par interconnaissance, effectués avec des personnes qui n'ont jamais été hospitalisées, font apparaître des issues différentes au circuit des agents. Dans le cas d'Annabelle, évoqué plus haut, le circuit des agents est très vite suspendu et l'hospitalisation n'a jamais été évoquée. Sabine, elle, ne rapporte qu'une seule menace d'hospitalisation qu'elle présente comme ce qui a déclenché le travail de sortie du maintien de l'engagement décrit à la fin du chapitre précédent :

Je suis allée voir un psy, qui m'a dit, alors ça je m'en souviendrai toujours : « Bon ben écoutez, soit vous venez me voir deux fois par semaine, soit je vous fais hospitaliser. » [...] À partir de là j'ai préféré le voir deux fois par semaine ! Je voulais pas... et puis si tu veux, je voulais pas que ça se voie non plus... Le truc c'est que j'arrivais à maintenir une espèce de façade sociale... Je voulais pas que ce soit perçu comme un symptôme, je voulais pas être marginalisée à cause de ça... [Sabine, I].

Véronique, enfin, évoque de multiples menaces d'hospitalisation et les stratégies qu'elle a alors utilisées pour y échapper :

Dans ma famille on se rendait compte que j'étais vraiment maigre qu'en été, au mois de juin, au moment des examens... enfin mai-juin. Donc il [son oncle médecin] me menaçait toujours d'hospitalisation au mois de mai, au moment où j'allais passer les examens pour lesquels j'avais travaillé comme une damnée tout le reste de l'année ! Donc ça devenait toujours des drames. Donc, deux années de suite, on m'a menacée de m'hospitaliser, et puis je sais pas la troisième année comment je me suis débrouillée mais ils m'ont laissée assez tranquille... [...] Parce que à chaque fois qu'on voulait me mettre à l'hôpital, je trouvais des biais pour dire : « Mais non vous inquiétez pas, ça va aller, d'ailleurs, demain je remange »,

et donc j'avais trouvé ce biais-là, qui était : « Ben je vais faire une analyse et puis comme ça on verra bien », enfin « je vais aller voir un psychanalyste » et comme ça ça montrait ma bonne volonté pour m'en sortir... [Véronique, I].

## **La constitution d'un réseau de surveillance**

De même que le moment du circuit des agents ne se définit pas uniquement par son issue, le rôle de ses membres ne peut être seulement défini par rapport à l'hospitalisation à laquelle le circuit aboutit. Tout au long du circuit, ces agents jouent un rôle d'imposition de normes et de surveillance des interviewées : les membres du circuit sont actifs, et cette activité ne se limite pas à désigner la déviance et à prescrire l'hospitalisation.

### *Les exigences d'arrêt*

Le circuit des agents qui se constitue apparaît tout d'abord comme une entreprise de normalisation qui rappelle celle mise en évidence dans la première phase de la carrière. On peut parler là aussi d'« incitateurs » à manger davantage (et non plus cette fois à moins manger), de « prescripteurs » de la reprise de poids (et non plus du régime), voire d'« accompagnateurs » dans le cas des personnes qui prennent leur repas avec les interviewées pour les encourager à manger davantage par leur propre pratique et la surveillance qu'ils peuvent alors exercer. Les membres de ce circuit demandent ou exigent l'arrêt du maintien de l'engagement. De la part des parents, les exhortations à manger davantage sont en effet constantes à partir d'un moment :

Bon on est partis en Équateur, et là la trouille pour mes parents, ils ont passé les plus mauvaises vacances de leur vie... C'était : « Fallait pas que j'aie la tourista, fallait que je mange bien » et tout [Camilie, C].

Ils [ses parents] me disaient sans arrêt, « mais mange, t'es assez mince comme ça, mange » [Annabelle, I].

Moi, quand je mangeais « ça » [elle fait le geste d'une très petite quantité] et que je disais que j'avais fini mon repas, mon père, enfin y'avait un énervement [...]. « Va manger ! [...] Tu me fais peur, tu me fais mal » [Christine, C].

Les agents du circuit médical relaient cette injonction, tout en y ajoutant le contrôle du poids et l'exhortation à arrêter d'en perdre ou à en reprendre :

Ce qui se passait c'est que j'avais un oncle médecin, qui lui... c'était lui qui remplissait le rôle de..., c'était lui qui me sonnait les cloches, qui m'engueulait, et mes parents ne le faisaient pas. Ils ne m'ont jamais engueulée, on n'a jamais eu de disputes à ce sujet-là, ou si, un peu avec mon père, ils ont été extrêmement tolérants... et c'était mon oncle qui, alors je devais aller me faire peser toutes les semaines, c'était lui... le grand contrôleur, quoi... [Véronique, I].

Pour tenter d'obtenir l'arrêt du maintien de l'engagement, tant les profanes que les professionnels mobilisent un certain nombre de stratégies. Les entretiens réalisés permettent d'en approcher quelques-unes. Les stratégies des professionnels se ressemblent d'un parcours médical à l'autre. Certaines sont mêmes routinisées dans le cadre de la prévention ou du traitement de l'anorexie. Le médecin généraliste peut ainsi tenter la renutrition non par l'exhortation à manger mais par une prescription médicale : « Au début [mon médecin] avait proposé que je mange... et que je prenne des Rénutril, [...] c'est des trucs très caloriques, des petites boîtes dégueulasses, caramel, bouh... Et fallait que je les mange entre les repas » [Louise, H]. La reprise de poids peut également être posée comme une condition préalable au maintien de diverses activités, physiques par exemple : « Ben d'abord mon généraliste, parce que je faisais de l'équitation, me disait ben là ça va pas tellement... si tu reprends pas un peu de poids ou si tu n'arrêtes pas de maigrir je pourrais pas te donner ton certificat médical... » [Nadège, H]. Plus tard dans le circuit, elle peut être présentée comme le seul moyen d'échapper à l'hospitalisation :

Ma psy me disait : « Bon, si tu prends pas deux kilos je t'interne » [Yasmine, C].

Cette psychiatre m'a dit qu'elle me verrait toutes les deux semaines, et que si j'arrivais pas à reprendre un peu de poids... [je serais hospitalisée]. Elle voulait taper sur la table en fait, me faire un peu peur [Christine, C].

Bien évidemment, l'hospitalisation est alors envisagée parce que la perte de poids est devenue véritablement inquiétante et

qu'elle apparaît comme un dernier recours indispensable. En même temps, comme ces extraits peuvent le faire penser, la menace de l'hospitalisation, qui peut précéder sa mise en œuvre effective, constitue également une stratégie d'imposition de la norme de reprise de poids.

En ce qui concerne les stratégies parentales, certaines résultent de l'application de consignes ou conseils médicaux :

Ma mère de toute façon [...] ça le médecin généraliste lui avait dit : « Pas de menus spéciaux, c'est le menu de tout le monde » [Anne, H].

Le médecin avait dit à mes parents que de toute manière, que je mange ou que je mange pas, j'assistais aux repas familiaux [Mathilde, H].

D'autres formes d'imposition apparaissent comme des stratégies plus personnelles, élaborées au cours du temps et qui manifestent l'inquiétude croissante et l'incertitude des parents quant aux moyens à mettre en œuvre. Elles témoignent également d'une véritable expérience qui se constitue peu à peu dans la répétition de situations difficiles. On peut en trouver un exemple dans la manière dont la mère d'Anne [H] finit par gérer une « crise » occasionnée par la question de la quantité des aliments : « Donc [ma mère] me servait [pendant le repas], c'était des crises et tout, parce qu'elle m'en mettait trop, elle me servait en fait la même part que ma petite sœur qui a sept ans... c'était pas énorme, elle a bon appétit mais c'est jamais énorme. Et je me rappelle un soir, elle m'avait servi des pâtes, et j'étais sûre que j'en avais plus que même mon petit frère [...]. Et je dis à ma mère : "Tu m'en as mis plus que mon frère !" Elle a échangé les assiettes ! [...] Et elle a bien fait, elle a échangé les assiettes, et j'ai dû finir. C'est clair que ma mère, mes parents me faisaient manger » [Anne, H]. Comme le souligne Anne, ces stratégies personnelles peuvent être très diverses : « Ils ont tout essayé... Ils m'ont engueulée [...]. Ils ont essayé d'être sympas, compréhensifs... [...] Ma mère essayait de faire des trucs que j'aimais un peu plus » [Anne, H].

Isabelle, qui vient de rentrer à la clinique C, évoque tout particulièrement ces stratégies parentales encore récentes. Ses parents, tout d'abord, se mettent à cuisiner des choses plus caloriques qu'auparavant : « [Ma mère] n'arrêtait pas de faire des pâtes, ou du riz, et tout [...]. Et puis même mon père, une fois,

il a fait des frites, des frites avec des côtes de je sais pas quoi » [Isabelle, C]. De plus, son père tente de construire l'absurdité d'un tel comportement de refus de nourriture en le rapprochant des situations de famines subies : « [Isabelle a refusé de manger] Là c'était impossible, ce jour-là, et il m'a traitée de "gosse de riches" et il m'a dit que "c'est pas possible de refuser comme ça alors qu'il y a des enfants qui meurent de faim, nanana" [...]. Pareil, une fois, on était là, pendant les dernières vacances, on était dans la voiture et puis on entend, c'était un dossier à la radio sur la guerre, la crise de Russie et la famine... Alors ils disaient, les gens qui mangeaient les semelles de chaussures ou qui mangeaient le papier peint et tout... Puis on roulait et puis mon père il me fait : "T'entends, Isabelle ?" "Ouaisss..." "Et ça te fait penser quoi ça ?" Je savais très bien où il voulait me laisser venir, alors je fais "ben... c'est horrible, vraiment, c'est horrible de vivre ça, vraiment..." "oui mais... toi particulièrement ?" » [Isabelle, C]. Enfin, il tente également de jouer sur la norme que peut représenter une situation publique – par rapport à une situation familiale – où la déviance serait beaucoup plus coûteuse, comptant ainsi sur le fait qu'Isabelle puisse préférer sauver la face et manger : « C'était y'a une ou deux semaines, y'avait des amis à la maison, j'avais accepté de dîner à leur table même si je savais que ce serait un peu dur et tout, mais y'avait une super amie à moi à côté, et tiens, j'ai été interrompue on allait passer au plat de résistance, y'a le téléphone qui sonne, une demi-heure quoi, je suis revenue ils m'avaient déjà servie quoi... [...] Mais alors là ils m'avaient servie mais vraiment bien, je me suis assise, j'ai commencé à... [...] Il était en face de moi en plus, et il me regardait... [...] Là, il l'avait fait... Pour que je puisse avoir une bonne assiette... » [Isabelle, C].

### *La surveillance médicale et profane*

Toutes ces stratégies ont cependant trait, de près ou de loin, à la stratégie centrale de *mise sous surveillance* des interviewées qui accompagne la mise en place du circuit des agents. Du fait de l'augmentation de la visibilité du stigmate principal qu'est la maigreur de l'interviewée, et du fait de la diffusion progressive de l'information sur l'interviewée et de l'évolution des étiquettes qui constituent cette information, de plus en plus de personnes peuvent être au courant, d'abord que quelque

chose ne va pas, ensuite du diagnostic qui a été évoqué, puis posé.

Les agents du premier circuit évoqué (celui de la première phase de la carrière) avaient également un rôle de surveillance – qu'on se souvienne par exemple du rôle de police du régime joué par les accompagnateurs. De manière beaucoup plus radicale, c'est un véritable réseau de surveillance qui se constitue progressivement au cours de cette troisième phase et qui s'établit à la mesure d'une inquiétude croissante des agents du circuit. L'instauration de ce réseau a deux conséquences : tout d'abord, de plus en plus de personnes sont susceptibles d'entrer dans le circuit de surveillance des comportements des interviewées ; mais également, de plus en plus de comportements sont susceptibles d'être jugés inquiétants et de ce fait d'être surveillés par ces personnes.

Tout d'abord, le nombre de personnes qui peuvent s'apercevoir ou être informées que quelque chose ne va pas s'étend progressivement. Le circuit des médecins, par exemple, constitue un réseau de professionnels qui se charge de surveiller le poids – par la pesée – mais aussi l'état général – par des analyses médicales, la prise de la tension, etc. Du côté des proches, les frères et sœurs informés peuvent aussi jouer ce rôle de surveillance quand les parents ne sont pas là : « Y'avait mes frères et mes sœurs et ils me forçaient, quoi [quand ses parents n'étaient pas là, au déjeuner par exemple]... “Si, tu prends du fromage !” “Non, je préfère un yaourt”, “non, pas de yaourt” » [Anne, H].

De même, les pairs peuvent également s'alerter ou être alertés, et la connaissance de l'étiquette implique la surveillance de l'interviewée :

[Une amie] s'est vite rendu compte que je maigrissais. Donc elle m'a avertie, elle m'a dit de faire attention, que j'étais trop maigre [...]. Et puis après, je suis sortie avec un garçon [...]. C'était pendant que j'étais malade, donc, et puis lui aussi me disait « fais attention », enfin bon il connaissait pas trop, mais bon on lui en avait parlé un peu [Julie, H].

[Mes copines] trouvaient que je devenais de plus en plus maigre... Par exemple quand j'allais manger avec mes copines de colo, en plus quand j'étais en colo c'était une colo d'équitation, bon ben elles voulaient pas que je parte le matin faire du cheval si j'avais pas mangé, donc elles me disaient : « Faut que tu manges, c'est pas bien et tout » [Nadège, H].

Par cercles concentriques, même des personnes n'appartenant pas au groupe des proches ou au groupe des professionnels de la médecine peuvent également devenir des surveillants :

J'ai un prof de français qui est venu me voir un jour et m'a dit : « Écoutez, Sabine, vous n'avez pas des problèmes... ? » [Sabine, I].

À l'école y'avait quand même des réflexions, certains professeurs, notamment un professeur de français, de qui j'étais assez proche, qui demandait : « Mathilde elle a mangé ce midi ? » en plein cours... [Mathilde, H].

Il y a donc de plus en plus de personnes qui sont en position de surveiller l'interviewée. Il y a également de plus en plus d'actions qui sont surveillées. Le repas est bien sûr la scène sociale centrale de cette surveillance, celle sur laquelle convergent les regards :

Ma mère m'avait dit : « Tu viens tous les midis manger ici » [Sidonie, H].

[Louise est en internat] Alors ils se sont inquiétés, et alors au début j'ai dû manger à l'infirmerie... [Louise, H].

Quand je suis en famille [...] y'a mes parents qui me surveillent [...]. J'ai l'impression qu'ils ont les yeux rivés sur mon assiette [Isabelle, C].

[À Noël] Les chocolats j'en voulais pas... la bûche c'était la part minimum, les regards furieux de mes parents... [Anne, H].

Progressivement, c'est bien d'autres moments et d'autres scènes sociales qui deviennent des lieux de surveillance : « [Mes parents] sont *tout le temps* sur le *qui-vive* pour moi » [Sidonie, H]. Au cours de l'établissement du circuit des agents et des étiquettes, les symptômes de la déviance peuvent en effet se multiplier. Au début du circuit, c'est principalement les pratiques alimentaires et le poids qui font l'objet d'une surveillance. Les informations que les parents peuvent obtenir des médecins ont ensuite pour effet d'élargir le spectre des comportements inquiétants. Il faut ainsi surveiller le fait que l'interviewée ne se pèse pas, ou pas « trop », en dehors d'un cabinet médical : « Les médecins avaient [dit] à mes parents : “Surtout il faut pas qu'elle se pèse, sauf une fois par semaine, cachez la balance” » [Julie, H]. L'exercice physique devient également une pratique surveillée :

À chaque fois que je disais : « Bon ben on va faire un petit tennis », « Bon ben écoute Louise on va peut-être se reposer, hein, ce week-end... » [Louise, H].

[Anne « fait » des marches d'escaliers.] À la fin, je croyais être seule et puis y'a mon frère qui me fait : « Tu fais de l'exercice Anne ? » J'étais devenue mais verte... J'étais là : « Je me suis fait pincer ! » [Anne, H].

Même le travail scolaire, activité socialement valorisée chez des adolescentes s'il en est, devient une pratique sous surveillance une fois réinterprétée à travers le modèle médical de l'« hyperactivité scolaire » (se « nourrir de travail ») : « Ils [ses parents] m'ont dit, pendant le bac français : “En fait tu devrais faire attention, parce que tu te nourris que de travail... tu travailles, tu travailles, tu penses pas à autre chose, tu devrais t'arrêter un peu...” » [Julie, H].

Mathilde [H] insiste particulièrement sur cet aspect de l'étiquetage, et ce explicitement en termes d'« étiquette ». Des pratiques qui, selon elle, n'ont pas de rapport avec celles qu'elle a fini par reconnaître comme pathologiques sont désormais jugées à l'aune de la pathologie. Comme le dirait H. Becker, « déviante sous un rapport », elle s'estime traitée comme « déviante sous tous les rapports<sup>11</sup> ». Le fait qu'elle apprécie de faire la cuisine est maintenant lu comme une obsession alimentaire, le fait de travailler comme un symptôme d'hyperactivité, alors même qu'elle a « toujours », et sans qu'auparavant cela suscite de codage autre que positif, fait la cuisine et travaillé :

Mathilde : – Je faisais toujours la cuisine... Alors là on a mis un holà très clair, je ne fais pas la cuisine [...]. Ça aussi ça m'a énervée, « tu fais plus la cuisine », depuis que je suis toute petite, j'ai toujours adoré, j'ai toujours participé [...]. Ils [ses parents] sont inquiets quand je travaille... parce qu'ils trouvent que je travaille trop...

MD : – Ils font le lien ?

M : – Oui, et y'a pas qu'eux qui le font... il a été fait aussi ici [à l'hôpital]...[...] De toute manière les gens ont un regard faussé, parce que je suis une « anorexique » en fait. J'aurais pas l'étiquette anorexique, pour eux je serais normale. Maintenant c'est

---

11. « L'identité déviante commande les autres identifications [et amène à] traiter une personne qui est déviante sous un rapport comme si elle l'était sous tous les rapports », H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 57.



comme ça [...]. Mais j'ai toujours trouvé absurde qu'on fasse la relation entre le fait que je sois bonne élève, que je travaille beaucoup... Depuis que je suis toute petite je suis bonne élève, dans ce cas-là je suis anorexique depuis que je suis toute petite. Ça m'énerve quand on dit [ça]... [Mathilde, H].

Au cours de la phase étudiée dans ce chapitre, il se constitue donc un réseau de surveillance qui étend son amplitude de deux façons : dans le nombre des agents qui sont impliqués dans cette fonction de surveillance, et dans les domaines de la vie sociale qui sont surveillés. De plus en plus de gens sont susceptibles de surveiller, sur de plus en plus de scènes sociales les pratiques des interviewées : en termes de théorie de l'étiquetage, cela signifie que de plus en plus de comportements sont susceptibles d'être déviants. Du point de vue des interviewées, auquel on va maintenant s'attacher, l'installation de ce réseau de surveillance a pour effet de multiplier les stigmates et les problèmes de gestion d'informations : au cours de ce troisième moment, il y a de plus en plus d'interactions où l'information doit être gérée, et il y a de plus en plus d'informations à gérer dans ces interactions.

## **Pouvoir maintenir l'engagement**

Au « vouloir » maintenir l'engagement de la deuxième phase répond le « pouvoir » maintenir l'engagement, malgré les alertes et la surveillance, de cette troisième phase de la carrière anorexique. Comment « continuer » en effet dans le contexte de ce réseau de surveillance qui se met en place ? Cette surveillance a pour effet de faire passer d'un « travail de discrétion », où les pratiques déviantes sont simplement tenues discrètes, à un « travail de leurre », où elles sont tenues secrètes pour pouvoir notamment maintenir l'engagement.

### *Les réactions à la surveillance : de la discrétion au leurre*

Le fait qu'il puisse y avoir, au cours de la constitution du circuit des agents, une histoire et une pluralité des étiquettes implique également qu'il y ait, du point de vue des interviewées, une histoire et une pluralité des stigmates à gérer dans les interactions.

Chronologiquement, on l'a vu, le premier des stigmates à gérer est le fait de ne pas manger « normalement », et la gestion de cette information est faite principalement en direction des parents qui sont ceux qui peuvent s'en inquiéter. La gestion d'information peut commencer très tôt, dès la première phase dans le cas d'Anne par exemple, qui cache à sa mère qu'elle a commencé un régime « parce qu'elle aurait été contre » [Anne, C]. Dans la plupart des cas cependant, la nécessité de gestion de cette information ne commence qu'à partir des deuxième et troisième phases, à mesure que se développe un étiquetage des pratiques des interviewées comme déviantes.

Au début, de simples stratégies de discrétion peuvent suffire à masquer cette déviance aux parents. La stratégie principale est un jeu sur les différentes scènes sociales, celles qui sont accessibles à la surveillance des parents et celles qui ne le sont pas, comme la cantine scolaire :

J'étais trois quarts pensionnaire, donc je mangeais au lycée... Donc là ça passait inaperçu [Annabelle, I].

Je mangeais à la cantine le midi [...]. À la cantine, ça a pas été très difficile de restreindre. Et les petits déjeuners, mes parents étaient pas là, donc j'ai réussi [à restreindre] très facilement [Anne, H].

En plus, à la cantine c'était facile pour moi de pas manger beaucoup, vu que mes parents n'étaient pas là [...]. Au moment du déjeuner, je m'arrangeais pour déjeuner toute seule, comme ça je déjeunais le moins possible... Des fois je m'arrangeais pour pas déjeuner si je pouvais... Et puis le soir par contre y'avait mes parents, donc je mangeais un petit peu [...]. En plus je profitais du fait que c'était les vacances, donc je me couchais assez tard, j'en profitais pour me lever vers midi, donc automatiquement le petit déjeuner était sauté, et puis je sortais le soir... Donc j'étais pas forcément là pour manger, donc dès que j'étais ailleurs je mangeais pas [Julie, H].

Ce premier travail de discrétion repose donc sur un compartimentage des scènes sociales : les pratiques déviantes sont réservées aux scènes auxquelles les parents n'ont pas accès. Il peut aussi en venir à inclure des stratégies plus actives de jeu sur ces différentes scènes, en utilisant cette absence de regard sur certaines scènes sociales comme un moyen d'agir presque librement sur celles surveillées par les parents :

Et après j'ai commencé à ne manger plus qu'au goûter et presque pas le soir, et je disais que c'était parce que j'avais bien mangé à la cantine... Alors qu'au contraire à la cantine, j'avais pas mangé. [Nadège, H].

À la cantine [...] je pouvais faire un peu ce que je voulais... Puis le soir, ça m'arrivait de dire à mes parents que j'avais un peu trop mangé à midi et tout [Isabelle, C].

Enfin, le travail de discrétion peut aboutir à la modification des pratiques déviantes, dans le but justement d'une plus grande discrétion. Anne passe ainsi de « pas trop manger » à « manger correctement » et se faire vomir, à la suite d'une alerte parentale qui porte sur le fait de ne pas assez manger : « Au début, je mangeais pas trop, et mes parents, quand ils ont vu que j'avais beaucoup maigri, euh... Ils m'ont dit que ça n'allait pas, etc. [...]. Et en fait, après, j'ai mangé quasiment correctement, mais [...] j'allais aux toilettes tout de suite pour rendre mon repas » [Anne, C].

Ce type de gestion de l'information correspond à une situation de « déviance primaire » : une période transitoire d'infractions aux normes sans effet sur l'identité assignée à l'individu qui les enfreint<sup>12</sup>, et c'est justement la fonction du travail de discrétion que d'assurer le caractère « primaire » de ces déviations. Cependant, notamment du fait de l'augmentation de la visibilité des stigmates principaux que sont alors le corps et la perte de poids, l'inquiétude progressive du public rend cette discrétion plus délicate à assurer.

Au cours de la constitution du circuit des agents comme réseau de surveillance, on l'a vu, il y a de plus en plus d'interactions où l'information doit être gérée, et il y a de plus en plus d'informations à gérer dans ces interactions : le fait de ne pas manger normalement, mais aussi le corps dont il faut masquer la maigreur à partir du moment où elle joue comme stigmaté, le poids dont il s'agit de cacher la baisse à partir du moment où elle devient une déviance, l'exercice physique, voire le travail scolaire, dont la pratique doit être dissimulée à partir du moment où ils sont perçus comme des signes de la déviance. Un simple travail de discrétion n'est plus suffisant, au sens où la discrétion devient de moins en moins possible, et les

---

12. E. M. LEMERT, *Social Pathology*, McGraw-Hill, New York, 1951, et *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967.

interviewées lui substituent donc ce que l'on peut qualifier de « travail de leurre ».

La distinction entre « travail de discrétion » et « travail de leurre » fait intervenir en partie celle que E. Goffman a élaborée entre individus « discrédités » et individus « discréditables » du fait de leur stigmaté : « L'individu stigmatisé suppose-t-il que sa différence est déjà connue ou visible sur place, ou bien pense-t-il qu'elle n'est ni connue ni immédiatement perceptible par les personnes présentes ? Dans le premier cas, on considère le sort de l'individu *discrédité*, dans le second, celui de l'individu *discréditable*<sup>13</sup>. » Mais il ne s'agit pas d'y voir une stricte succession temporelle qui ferait passer les interviewées de « discréditables » à « discréditées ». À partir du moment où le poids est très bas, elles peuvent certes être discréditées dans tous les espaces et dans toutes les situations. Mais l'extension progressive du réseau de surveillance implique tout un continuum de situations où elles peuvent être discréditées dans certains espaces et seulement discréditables dans d'autres. Le travail de discrétion correspond surtout à une situation où l'interviewée est discréditable (par exemple en début de troisième phase, ou dans des espaces où il n'y a pas eu d'alertes), le travail de leurre à une situation où elle est discréditée et où la simple discrétion ne suffit plus à assurer le secret des pratiques déviantes ou à gérer les interactions autour du stigmaté sur une ou plusieurs scènes. Les stratégies des interviewées ne visent pas seulement à contrôler l'information ou les tensions (principaux problèmes qui se posent respectivement à l'individu discréditable et à l'individu discrédité selon E. Goffman<sup>14</sup>), mais également, et c'est leur but principal,

---

13. E. GOFFMAN, *Stigmaté*, op. cit., p. 14. On peut remarquer que D. E. Taub et P. McLorg abordent cette question en faisant également référence à E. Goffman et en affirmant que « les anorexiques ont des stigmates qui sont à la fois discréditables et discrédités (ces derniers étant dus à leur maigreur) », P. A. McLORG, D. E. TAUB, « Anorexia nervosa and bulimia : the development of deviant identities », in P. A. ADLER, P. ADLER, *Constructions of Deviance : Social Power, Context, and Interaction*, Wadsworth, New York, 1994, p. 257. Or, chez E. Goffman, ce ne sont pas les stigmates en eux-mêmes qui sont discrédités ou discréditables, mais bien les individus en situation, selon les espaces sociaux et les systèmes d'interactions, ce qui engage alors une perspective véritablement interactionniste et non en partie naturalisante.

14. « Le problème [de l'individu discréditable] n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux [cas de l'individu discrédité] que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand [...]. [Le stigmaté] rend toujours nécessaire

à pouvoir maintenir l'engagement. Ces stratégies s'inscrivent donc dans le travail de maintien de l'engagement, non par rapport aux interviewées elles-mêmes comme c'était le cas lors de la deuxième phase de la carrière, mais par rapport aux autres, aux alertes et à la surveillance. Les informations et les tensions ne sont pas seulement gérées pour tenter de préserver la face, mais aussi pour pouvoir maintenir l'engagement envers et contre les alertes et la surveillance.

Trois nouveaux types de stratégies sont alors utilisés à la fois pour faire face au réseau de surveillance et pour pouvoir continuer les pratiques déviantes : une stratégie du mensonge – qui poursuit celle du travail de discrétion –, une stratégie du « faire-sembler », et une stratégie de l'exclusion de certaines scènes sociales. Ces trois stratégies constituent le cœur du nouveau travail nécessité par les changements de la situation, un travail du leurre qui vise à la fois à éviter les conflits et les reproches qui font de toutes les pratiques autant de manifestations d'une pathologie, et à pouvoir poursuivre ces pratiques malgré le réseau de surveillance.

Les stratégies de discrétion, on l'a vu, peuvent impliquer le fait de cacher activement les pratiques déviantes. À partir du moment où l'alerte a été donnée, les questions sur ces pratiques – et en premier lieu sur le fait d'avoir mangé ou non – deviennent beaucoup plus fréquentes et précises, et les interlocuteurs des interviewées plus soupçonneux. Le « mensonge » peut alors devenir une stratégie de tous les instants – « à 75 % du temps », comme l'évalue Anne [H] :

J'ai jamais autant menti qu'à cette époque [Sabine, I].

J'ai beaucoup menti [Christine, C].

J'ai tellement menti [...]. J'ai jamais autant menti [de ma vie] [...]. J'ai inventé tellement de trucs... que j'allais manger chez des personnes, mais je mêlais tout le monde... Je me disais : « Je peux l'embobiner, j'ai mangé avant, tu peux dire que j'ai mangé avec toi », et tout... j'emmenais, je jetais... [Sidonie, H].

C'est clair que ma mère, mes parents me faisaient manger. Parce qu'il savaient très bien que je mangeais pas à la cantine... que je ne goûtais pas, que je ne petit-déjeunais pas... Même si ils me le disaient, comme ils partaient au travail ils ne pouvaient pas être là... et moi comme je leur mentais ! Ce qui arrivait, c'est que sur...

---

un contrôle des tensions (eu égard aux discrédités) et de l'information (eu égard aux discréditables) », E. GOFFMAN, *Stigmate*, op. cit., p. 57 et p. 161.

75 % des fois, je mangeais rien et je leur disais que j'avais mangé. Dans les 25 % qui restent, 15 % des fois, j'avais pas mangé et je leur disais, je leur avouais, et 10 % des fois j'avais vraiment mangé [Anne, H].

Le contrôle de l'information par mensonge peut enfin consister à recouvrir le stigmate principal par un autre, une maladie physique par exemple<sup>15</sup> : « [Quand elle invitait des gens] je m'étais préparé un truc à part, puis avec des tas d'excuses... Ou alors quand j'étais invitée chez des gens, je me trouvais nombre de maladies [...]. Je disais aux gens : "Je suis hypothyroïdienne", ou alors "je suis allergique à ça", j'étais allergique à tout quasiment ! » [Sabine, I].

Un deuxième type de stratégies peut être qualifié de stratégies du « faire-semblant<sup>16</sup> ». Ce type de stratégies est utilisé surtout dans un contexte de surveillance, lorsque l'interviewée est discréditée et que les pratiques déviantes courent le risque de se faire directement sous le regard averti d'autrui. Le faire-semblant porte sur trois types de pratiques déviantes ou de stigmates : faire semblant de manger (par rapport à la pratique déviante « ne pas manger »), faire semblant de peser plus lourd (par rapport au stigmate du poids), faire semblant d'être moins maigre (par rapport au stigmate du corps).

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour faire semblant de manger. Le jeu sur les scènes sociales poursuit le travail de discrétion antérieur : « En fait, j'allais pas [à la cantine], je m'achetais les tickets, parce que bon, il fallait bien que j'achète les tickets, que j'en laisse traîner un ou deux pour qu'elle [sa mère] voie que j'avais bien acheté les tickets, mais c'est tout quoi... Après, j'allais pas à la cantine [...]. Quelquefois je m'obligeais à aller lire le menu pour pouvoir dire à ma mère ce qu'il y avait eu à la cantine, ce que j'avais "pas" mangé en fait... » [Anne, C].

---

15. *Ibid.*, p. 115 : « Une autre tactique [de contrôle de l'information] consiste à faire passer les signes d'une déficience stigmatisée pour ceux d'un autre attribut dont le caractère stigmatique est moins grave. »

16. E. Goffman nomme « faux-semblant » toutes les techniques de « maniement d'une information discréditrice pour soi-même et non révélée » d'un individu discréditable : *ibid.*, p. 58. Ici, les stratégies de « faire-semblant » peuvent être le fait d'individus discrédités, mais qui cherchent néanmoins à tromper la vigilance d'un public qui « sait ». On retrouve le fait qu'il ne s'agit pas seulement, avec ces stratégies, de gérer les tensions ou de gérer l'information mais aussi de pouvoir maintenir l'engagement malgré les instances d'arrêt.

En outre, divers moyens peuvent être utilisés pour se débarrasser de la nourriture, en profitant d'une éclipse de la surveillance :

Alors au début j'ai dû manger à l'infirmier, mais ça a pas tellement marché quoi, parce qu'il y avait un chien, alors dès qu'ils avaient le dos tourné... tout au chien ! [...] Ils pensaient que je mangeais, parce que je finissais presque tout le temps mon assiette, mais je la finissais pas, quoi. Tout ce que soi-disant j'avais mangé, les trois quarts c'était au chien. Il restait un quart pour moi [Louise, H].

Ma mère m'avait dit : « Tu viens tous les midis manger ici », j'avais des serviettes, elle était en train de travailler en haut, moi je mangeais en bas parce que c'était plus calme, je mettais dans des serviettes, après je mettais dans mon sac... voilà... je mangeais rien [...]. Plein de fois on regardait la télé, on était à table, je prenais le beefsteak je le mettais dans la serviette, comme ça, ni vu ni connu... [Sidonie, H].

Et alors après, remenace d'hôpital, etc., et pour temporiser j'ai dit que j'allais vivre chez ma grand-mère, à la rentrée suivante. Alors je suis allée vivre chez ma grand-mère, à laquelle j'ai fait vivre un calvaire... ! [...] J'allais à table avec des sacs en plastique dans mes poches et dès qu'elle avait le dos tourné je mettais tout dans les sacs en plastique et en fait je mangeais rien... [Véronique, I].

Les stratégies du faire-semblant de manger peuvent également inclure des stratégies du faire-semblant de manger la même chose que les autres, en prenant en charge le repas familial par exemple : « Et puis au bout d'un moment j'ai commencé à faire [la cuisine], je me suis dit : "Bon je vais leur faire un plat et à côté moi je vais me faire mon petit plat." Et puis je leur mettais beaucoup de beurre, enfin je leur mettais du beurre et puis moi je me mettais un petit bout de steak à côté, sur la poêle où y'avait pas de beurre » [Louise, H].

Dans certains cas cependant, et de plus en plus au fur et à mesure de l'augmentation de la vigilance des proches, ces diverses stratégies peuvent être repérées par les observateurs du repas :

[À Noël] j'ai réussi à sauter le petit déjeuner, je sais pas s'ils s'en sont rendu compte ou pas... Je m'étais réveillée très tard, et j'ai dit : « Non j'attends mon grand frère », et quand mon grand frère est arrivé, « non j'ai déjà déjeuné ». Bon, je pense pas qu'ils

soient dupes, ils s'en sont rendu compte mais ils ont rien dit [Anne, H].

Ça allait jusqu'à jeter la moitié du yaourt sans que mes parents voient, mais bon finalement ils voyaient quand même, de toute façon ils sont pas aveugles [Priscille, C].

MD : – Et ça [le fait de cacher la nourriture dans des sacs en plastique] elle [sa grand-mère] s'en est aperçue ou pas ?

Véronique : – Bien sûr ! Enfin, elle s'est pas aperçue de tout, mais une ou deux fois elle s'est rendu compte... » [Véronique, I].

C'est également sur le poids qu'opèrent d'autres stratégies du faire-semblant, comme celle qui consiste à augmenter artificiellement ce poids lors de la pesée imposée et surveillée : « J'utilisais des stratagèmes quand j'y allais [se faire peser chez son médecin], je buvais deux litres d'eau, je mettais des bijoux très lourds pour gagner cent grammes... » [Véronique, I].

Enfin, des stratégies de faire-semblant peuvent être exercées sur le stigmate que constitue la maigreur, l'inquiétude et les reproches qu'elle suscite. Dans ce cas, il s'agit de faire semblant d'être moins maigre, au moyen d'un changement vestimentaire :

Je mettais des trucs super-longes parce que ma mère elle voyait, quoi [Sidonie, H].

Au fur et à mesure, c'était le regard des autres quand je me suis rendu compte que les gens trouvaient pas ça beau [...]. Ça, je l'ai perçu mais moi je le comprenais pas... [...]. Donc là j'ai commencé, j'étais habillée qu'en jogging, avec des longs... Jusque-là... Je m'habillais plus quoi, je voulais plus qu'on me reproche quoi que ce soit, donc je cachais tout [...]. Puis souvent, les copines qui me disaient : « C'est bon là, Christine, mais c'est horrible quoi, te mets pas... » je sais pas, j'avais un jean en stretch, « non mais c'est horrible, non tu peux pas mettre un truc comme ça, c'est horrible, tu peux pas sortir comme ça »... Même si je le voyais pas, quelque part je me doutais, il suffisait de l'expression de leur visage pour que je me rende compte qu'il fallait en effet mettre plutôt quelque chose de large quoi... [Christine, C].

J'essayais... de me cacher un peu dans les vêtements, enfin parce que tout le monde me disait que j'étais maigre, donc je me suis dit : « Bon [...] je vais essayer de me mettre dans d'autres vêtements pour paraître un peu plus grosse quoi. » Je m'achetais moins de noir, je prenais des couleurs un peu plus pâles, des rayures comme ça, en rond... [Louise, H].



Un troisième type de stratégies consiste à s'exclure, quand c'est possible, des espaces où s'exerce la surveillance. La cantine, qui est typiquement au début un espace non surveillé – par les parents –, devient, au fur et à mesure de l'extension du réseau de surveillance, un espace surveillé, par les amies notamment, et peut être désertée pour cette raison :

Je reculais devant certaines amitiés, certaines camaraderies, pour ne pas avoir à aller ensemble à la cantine [Anne, C].

Je fuyais les amis au contraire... [...] Vis-à-vis des amis, à l'école y'avait quand même des réflexions [...]. Donc j'évitais un peu les repas avec les amis [Mathilde, H].

L'isolement du réseau amical peut également être un effet induit par d'autres stratégies, comme dans le cas de Christine qui invoque des problèmes cardiaques pour gérer l'information liée à l'anorexie : « [Au lycée] Donc, après j'ai eu un emploi du temps allégé, parce que justement ça allait pas du tout [...]. Donc là, ben j'ai été obligée de dire que j'avais des problèmes de santé, [...] un problème de cœur [i.e. : cardiaque], parce que une fois en cours j'avais fait un malaise, donc c'est vrai que c'était plausible quoi... Et du coup là ça a vraiment creusé un écart [entre elle et les autres]. J'étais vraiment isolée... Ben j'avais personne avec moi, j'étais vraiment toute seule, toute seule [...]. Puis j'ai perdu des gens, y'a vraiment des gens qui se sont éloignés de moi, qui m'appelaient plus pour sortir, je faisais plus partie des soirées... » [Christine, C].

D'autres espaces peuvent être également quittés à mesure que l'interviewée peut y redouter la découverte du stigmate, par exemple corporel : « J'avais du mal à me rendre aux gardes d'enfant que je faisais parce que je savais bien que les enfants ils remarquent tout, et bon y'a une fois une petite fille que je gardais qui s'est mise sur mes genoux, et... puis bon, elle s'est collée contre l'os du bassin, et elle a dit : "C'est quoi ça ?" et je lui ai dit : "C'est mes clés..." Et j'ai changé de position [...]. Donc j'ai arrêté de garder ces enfants » [Anne, C].

Si le travail du leurre peut être efficace ponctuellement (« J'ai essayé de duper un peu tout le monde » [Christine, C], « J'ai leurré pas mal de monde » [Anne, C], « J'ai plutôt réussi à berner » [Julie, H]), il trouve forcément sa pierre de touche dans la baisse continue du poids qui met en échec ces diverses

stratégies et constitue le critère et le levier ultimes de l'hospitalisation.

### *Les conséquences de l'étiquetage*

De plus, ces mêmes stratégies, pourtant élaborées à la mesure de la surveillance qui s'exerce sur les pratiques des interviewées, « font » déviance à leur tour et deviennent elles aussi des témoins à charge en faveur de l'hospitalisation. Le fait d'être surveillée et de vouloir néanmoins continuer les pratiques déviantes conduit à l'élaboration des stratégies du leurre. Ces dernières sont alors interprétées comme des symptômes patents de la pathologie, voire comme des symptômes d'aggravation de cette dernière, des comportements « anormaux » : se faire vomir plutôt que de ne pas manger, « mentir », « tromper », s'exclure du réseau amical ou d'autres scènes sociales. Ainsi, le processus d'étiquetage lui-même peut avoir pour effet de multiplier les pratiques considérées comme déviantes. Toutes les stratégies des interviewées présentées dans ce chapitre, à la différence des stratégies de maintien de l'engagement de la deuxième phase, ont comme point commun d'apparaître en réaction au processus d'étiquetage. Faire intervenir, dans l'analyse de cette carrière déviante, non pas seulement les actions des interviewées mais également celles du public de la déviance permet de mettre en évidence les effets du processus d'étiquetage sur les pratiques : « [Les théories interactionnistes de la déviance] souhaitaient élargir le domaine pris en compte dans l'étude des phénomènes déviants, en y incluant les activités de personnes autres que celles qui sont déclarées déviantes [...]. Une des plus importantes contributions de cette approche a été d'attirer l'attention sur les conséquences qu'implique, pour un individu, le fait d'être étiqueté comme déviant : il lui devient plus difficile de poursuivre les activités ordinaires de sa vie quotidienne, et ces difficultés mêmes l'incitent à des actions "anormales" [...]. Le degré auquel le fait d'être qualifié de déviant entraîne cette conséquence doit être établi dans chaque cas, par une démarche empirique et non par un décret théorique [...]. La différence dans la définition, dans l'étiquette appliquée à l'acte influence les comportements de chacun, public ou acteur<sup>17</sup>. » Ce qui distingue donc les pratiques de la deuxième

---

17. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 203-204.

phase de la carrière (chapitre 5), et celles qui ont été présentées ici, c'est l'effet de l'étiquetage lui-même. Il ne s'agit cependant pas de dire que le processus d'étiquetage est à lui seul l'explication des pratiques déviantes, mais bien de mettre au jour la façon concrète dont il les influence : « On peut suggérer que la définition d'un individu comme déviant peut, dans telles circonstances, l'inciter à adopter certaines lignes de conduite sans affirmer pour autant que les hôpitaux psychiatriques rendent nécessairement fou ou que la prison transforme toujours ceux qui y passent en criminels invétérés<sup>18</sup>. »

À ces « lignes de conduite » suscitées par la surveillance des pratiques s'ajoutent également les effets directs de l'étiquette. Le fait d'être ainsi surveillée amène de nouvelles pratiques déviantes, mais le fait d'être étiquetée « anorexique » a également des effets en termes d'identité, à la fois pour le public et pour les interviewées. On a vu plus haut comment, et pour quels types de raisons, le diagnostic pouvait être accepté et réinterprété : l'interviewée peut ainsi devenir pour elle-même une « anorexique ». Elle l'est de toute façon pour les autres, ce qui peut produire un renforcement des pratiques déviantes : pourquoi « faire des efforts » pour manger, par exemple, si tous les comportements sont de toute façon rapportés à l'identité d'anorexique ? :

Quand on invitait des amis de mes parents, j'essayais de manger normalement... [...] Mais quand, par contre, j'étais avec mes parents et mes sœurs, je faisais aucun effort... [Louise, H].

Ils me croyaient plus ! Et moi [...] je me disais : « À quoi bon puisque de toute façon ils me croient pas ! Je vais pas manger. » Donc ça a dégradé... [...] Mais ce qui m'aidait pas, c'est que par exemple on avait des saucisses, c'était deux saucisses par personne, et le soir ma mère : « Bon Anne qu'est-ce que tu as mangé ? » « On a eu des saucisses », « Je parie que t'en as pris qu'une. » Alors que j'en avais pris deux. Si je pouvais en prendre qu'une ! Pareil pour le poisson pané et des trucs comme ça [Anne, H].

L'étiquette d'anorexique devient en effet un « statut principal », au sens d'E. Hughes et de H. Becker, qui l'emporte sur

---

18. *Ibid.*

tous les autres, et de ce point de vue « l'étiquetage déviant [...] réorganise l'ensemble de l'économie statutaire<sup>19</sup> » :

Parce que au bout d'un moment on en est persuadée, « je ne suis que une anorexique » [Yasmine, C].

Chacun est différent dans le groupe [d'amis à l'école] mais moi ce qui me caractérise, l'année dernière, c'était le travail, et cette année, c'est le travail et l'anorexie... C'est un peu lourd comme étiquette, quoi... [Mathilde, C].

Le travail du leurre, notamment, appartient alors au contexte de « déviance secondaire » qui s'installe au cours de cette phase en réaction au processus d'étiquetage : « [La déviance secondaire] devient une modalité sociale de défense, d'attaque ou d'adaptation aux problèmes manifestes ou secrets créés par la réaction sociale à la déviance primaire<sup>20</sup>. » L'identité est redéfinie autour d'une étiquette qui devient à la fois le statut principal de l'identité et le principe de comportements qui la renforcent<sup>21</sup>.

La troisième phase est donc celle du maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance des proches, et des effets induits par cette surveillance et par l'étiquetage des pratiques comme déviantes. Au cours de cette phase, un réseau de surveillance se constitue autour des interviewées. De plus en plus de personnes (la famille, les amis, les enseignants, les médecins...) sont susceptibles de surveiller, sur de plus en plus de scènes sociales, les pratiques des interviewées (les pratiques de restriction alimentaire, mais aussi l'exercice physique, les pratiques de mesure corporelle, le travail scolaire désormais interprété par les proches comme « hyperactivité scolaire »...). Le maintien de l'engagement exige alors un nouveau travail spécifique pour se poursuivre malgré l'étiquetage déviant et malgré l'existence du réseau de surveillance. Tout d'abord un « travail de discrétion » qui vise à rendre les pratiques définies comme déviantes moins perceptibles aux autres

---

19. J.-M. DE QUEIROZ, M. ZIOTKOWSKI, *L'Interactionnisme symbolique*, op. cit., p. 105.

20. E. M. LEMERT, *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967, p. 17.

21. Une analyse de cet « englobissement dans le rôle » est faite par P. A. MCLORG et D. E. TAUB, « Anorexia nervosa and bulimia : the development of deviant identities », art. cit., p. 256.

(par exemple par un jeu sur les différentes scènes sociales : les pratiques déviantes sont réservées aux scènes auxquelles les parents n'ont pas accès, comme la cantine). Puis finalement un « travail de leurre » qui vise à les tenir secrètes (par le mensonge, par diverses stratégies du « faire-semblant » – de manger, de peser plus lourd, d'être moins maigre – et enfin par des tentatives pour s'exclure des scènes sociales où la surveillance s'exerce). Or, dans la mesure où le réseau de surveillance s'étend, s'exclure des scènes sociales surveillées signifie s'exclure de scènes de plus en plus nombreuses. Si elle avait commencé dans et par le groupe, la carrière se poursuit de plus en plus « en solitaire ».

Le travail de maintien de l'engagement de la deuxième phase (chapitre 5) et celui de cette troisième phase (chapitre 6) sont donc deux phases logiques et chronologiques d'un même travail. Ce travail prend les formes différentes d'un travail « pour soi » dans la deuxième phase et d'un travail « en contre », envers et contre les alertes et la surveillance, dans la troisième. Toutefois il n'en constitue pas moins, dans les deux cas, une condition nécessaire du maintien de l'engagement et de la poursuite dans la carrière anorexique. Ce qui change radicalement, en revanche, entre le début de la deuxième phase et la fin de la troisième phase, c'est la définition de la situation. Tout d'abord, la tentative menée par les interviewées d'imposer les catégories de définition d'elles-mêmes et les assignations qui devraient leur être attribuées échoue devant le renversement de la situation qui fait d'elles des « anorexiques ». La volonté de maîtrise des assignations publiques se heurte à l'étiquette et achoppe sur le consensus progressif des assignations publiques. De plus, le maintien de l'engagement n'est plus défini que comme une façon de « ne pas s'arrêter » suite aux injonctions à le faire, de ne pas céder par rapport aux demandes de plus en plus générales, de plus en plus pressantes et de plus en plus légitimes (par exemple professionnellement légitimes dans le cas des médecins) de cesser le travail de maintien. Les demandes extérieures d'arrêt de l'engagement peuvent en fait révéler, y compris aux yeux des interviewées elles-mêmes, la force des dispositions à maintenir l'engagement qui ont été décrites dans le chapitre précédent. C'est sur ces dispositions que l'institution hospitalière va notamment travailler en cherchant à les faire disparaître.

---

## « Être prise en charge » : s'en remettre à l'institution

Les entretiens ayant été réalisés pour la plupart à l'hôpital, on rejoint, avec cette dernière phase, le moment où ils ont été recueillis, qui est aussi la situation qui définit, voire détermine le point de vue à l'origine du récit de leur parcours fait par les patientes hospitalisées pour anorexie<sup>1</sup>. Dans ce chapitre, on envisage cette hospitalisation comme une phase unifiée et comme une « fin » de carrière, bien que la ou les hospitalisations s'inscrivent dans un parcours hospitalier divers et discontinu, et varient en fonction des orientations thérapeutiques des services. On insistera donc sur les ressemblances et les processus communs aux diverses hospitalisations vécues et racontées, et on se placera du point de vue d'une hospitalisation « réussie », catégorie médicale que le traitement vise justement à faire intégrer aux patientes<sup>2</sup>. L'hospitalisation ne sera ainsi pas analysée pour elle-même mais comme la dernière phase de la carrière étudiée et dans ses rapports aux phases antérieures.

Cette dernière phase est celle de la « prise en charge » hospitalière, c'est-à-dire d'un travail de l'institution hospitalière sur la personne des interviewées, visant à lutter contre les

---

1. Il n'est peut-être pas très orthodoxe de faire se terminer à l'hôpital une carrière déviante, comme si la perspective sociologique était « rattrapée » *in fine* par la perspective médicale. Mais, outre la dimension méthodologique de ce choix évoquée ci-dessus, on peut rappeler que l'hospitalisation est une phase courante de la carrière anorexique, que les sorties de carrière analysées auparavant font de la phase hospitalière une phase possible mais non nécessaire de la carrière, et que l'analyse des maladies mentales en termes de déviance fait une place importante aux effets de l'hospitalisation.

2. Le cas de Camille, une « patiente difficile » qui résiste à l'institution hospitalière, sera envisagé dans la dernière partie.

dispositions à maintenir l'engagement dans la carrière anorexique. À terme, l'hôpital cherche à obtenir la coopération de la patiente à son propre traitement, c'est-à-dire un arrêt volontaire du maintien de l'engagement. L'objectif est de faire intégrer à la patiente le point de vue de l'hôpital sur elle-même comme condition de réalisation des objectifs thérapeutiques. Dans le cas particulier du traitement des patientes anorexiques, la situation hospitalière se rapproche souvent de celle des « institutions totales » analysée par E. Goffman : « Un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées<sup>3</sup>. » Il ne s'agit cependant pas d'appliquer mécaniquement ce terme, élaboré par E. Goffman dans un contexte historique et politique particulier, à l'institution hospitalière actuelle. Mais il est important de noter que, dans le cas de l'hospitalisation des patientes anorexiques, l'effet principal de l'institution totale dévoilé par E. Goffman – la perte de contrôle de l'individu sur ses actes et sur sa biographie – peut constituer un aspect revendiqué du traitement, un véritable but thérapeutique. Pour soigner, il s'agit d'assurer une prise sur la patiente, dans la mesure où le « contrôle » et la « maîtrise » qu'elle exerce sur sa conduite sont justement définis comme des traits de la pathologie sur lesquels le traitement doit agir :

Non mais leur truc [aux médecins] sur les anorexiques, c'est que... avant, c'était nous qui imposions les contraintes. Maintenant, c'est à eux de poser des contraintes, pour justement inverser la vapeur... [Yasmine, C].

On maîtrise plus rien... donc c'est vrai que c'est un peu le but... mon médecin m'avait dit "il faut plus que vous maîtrisiez, donc il faut que vous vous laissiez porter vraiment par ce qu'on vous dit" [Julie, H].

C'est donc très explicitement que le traitement recherche la « perte de contrôle » ou la « perte de maîtrise » de la part de la patiente, c'est-à-dire la substitution, au moins dans un premier temps, d'une contrainte externe à l'autocontrainte.

---

3. E. GOFFMAN, *Asiles*, op. cit., p. 41.

Ce travail de l'institution sur la personne se traduit par une rupture symétrique de celle opérée par les interviewées lors de la première phase de la carrière, où elles se « prennent en main » et s'engagent dans une entreprise volontariste de rupture biographique. Dans cette dernière phase, elles sont « prises en charge », et c'est l'institution hospitalière qui les travaille pour opérer sur elles une nouvelle rupture biographique. On va se concentrer sur les effets de ce travail hospitalier sur les patientes, dégagés en fonction de leur rapport avec les phases précédentes de la carrière. C'est une triple discontinuité qui est visée par l'hospitalisation : celle du discours sur soi et sur l'identité, celle du groupe de référence par la « mise en groupe » des anorexiques, celle enfin du corps et des pratiques alimentaires, sportives ou scolaires par l'imposition de l'arrêt du maintien de l'engagement sur ces fronts et le travail médical sur les dispositions acquises lors des phases antérieures de la carrière.

### **La « remise en questions » et en réponses de l'identité**

Lors des phases précédentes, on a pu voir que l'un des enjeux de la prise en main et du travail de maintien de l'engagement consistait en une volonté de maîtrise des assignations publiques. La phase précédente amorçait de ce point de vue un retournement de la situation, dans la mesure où l'identité était progressivement et de plus en plus définie par l'extérieur sous l'étiquette du diagnostic. La phase hospitalière poursuit, institutionnalise et radicalise ce retournement : « Et là ça a commencé, les questions et les remises en question [...]. Avant j'étais totalement sûre, de manière radicale, je ne me permettais pas de poser les questions... Faut [maintenant] que je me pose des questions, que j'arrive à [en] poser » [Yasmine, C]. L'institution opère en effet la « remise en question » de l'identité. On peut même parler d'une « remise en questions », au pluriel, dans la mesure où c'est bien un travail d'interrogations multiples qui est mis en œuvre en particulier dans les entretiens cliniques.

À ces questions, l'institution vise à apporter des réponses particulières, et donc à faire intérioriser à la patiente le point de vue de l'hôpital sur elle pour pouvoir mener à bien son action



thérapeutique. Les entretiens réalisés portent la marque de la redéfinition de soi qui s'opère lors de la phase hospitalière. Pour approcher le processus « invisible » d'intériorisation, on peut mettre à contribution deux principes de variations : celui de l'orientation thérapeutique qui constitue le point de vue médical et celui du degré d'intériorisation de ce point de vue selon les patientes, les entretiens ayant été recueillis à deux endroits différents et avec des patientes à des points différents de leur parcours médical. De plus, l'entretien peut être utilisé par les patientes pour répéter, au sens théâtral, ou tester des formes de manifestations de cette intériorisation auprès d'une étudiante en sociologie, perçue alors comme une étudiante en psychologie, et peut-être susceptible de rapporter leurs « progrès » à l'équipe médicale. De ce fait, les entretiens peuvent manifester (au sens de révéler) la situation à un stade ou à un autre de ce parcours hospitalier, mais ils sont aussi utilisés par les patientes pour manifester (au sens actif) leur intériorisation du point de vue médical. On peut dégager, à l'aide de certains indicateurs, trois étapes de cette intériorisation<sup>4</sup>.

Tout d'abord, les patientes doivent – à l'opposé du « déni » ou de la « dénégation » qui constituent pour les médecins un symptôme de la pathologie – reconnaître qu'elles sont « anorexiques ». De ce point de vue, l'hôpital poursuit et institutionnalise le processus d'imposition identitaire commencé par le circuit des agents, parfois avec plus de succès :

[Avant l'hôpital] j'arrivais pas tellement encore à me dire que j'étais anorexique [Louise, H].

Avant, même si le médecin généraliste me le disait [que j'étais anorexique] je voulais pas le croire. Maintenant, en y réfléchissant, si, parce que quand je vois les comportements que j'avais et tout... Parce que tu sais, on a quatre heures de temps de repos par jour, donc y'a de quoi réfléchir [Anne, H].

[Lors de la deuxième hospitalisation] J'avais pris conscience que j'étais, que je suis anorexique [Mathilde, H].

---

4. Cette question rencontre celle des critères médicaux de la guérison, qui pourraient être analysés à partir des pratiques médicales elles-mêmes, comme le fait A. Young dans le cas de ceux du stress post-traumatique dans un service à orientation analytique, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, 1995, p. 186.

Comme c'est le cas pour la rupture de la « maîtrise », cette intériorisation a un but thérapeutique pour les médecins. Parce que cette reconnaissance représente un premier stade de coopération de la patiente à sa propre guérison, mais également parce que ce qui est défini comme « déni » est l'un des symptômes qu'il s'agit directement de faire disparaître : « Déjà, se dire anorexique c'est l'être un peu moins » [Anne, H]. Le travail thérapeutique de l'hôpital implique donc l'imposition de ce diagnostic, tout particulièrement dans la négociation de la nécessité de l'hospitalisation et du traitement : « [Solange, entrante anorexique au service U de la clinique C, demande un entretien avec l'interne qui la suit parce qu'elle veut partir du service :] "J'ai des problèmes de digestion avec ce truc à l'œsophage, et avec l'alimentaire." [...] L'interne la laisse parler, puis dit fermement : "Vous avez quand même un problème d'anorexie, non ?" » [JT].

Dans la mesure où, lors de la négociation d'entretien, je présente mon enquête comme portant sur l'anorexie, je participe également de ce processus d'imposition d'un diagnostic puisque c'est à ce titre que je sollicite auprès de telle ou telle patiente un entretien. À l'hôpital H, toutes les patientes qui m'avaient été indiquées par les médecins ont accepté sans problèmes cette présentation, à l'exception de Nadège : malgré mes assurances d'être extérieure à l'hôpital, elle avait accepté l'entretien avec réticence, comme s'il s'agissait d'un devoir hospitalier parmi beaucoup d'autres. Or Nadège est (au moment de l'entretien) au début de sa première hospitalisation : on a vu, dans l'analyse de la première phase, qu'elle refusait à plusieurs reprises de dater le « commencement de l'anorexie », non par manque de mémoire ou de précision mais bien parce qu'elle refusait de raconter son expérience à partir du diagnostic médical. De plus, c'est le seul entretien du corpus où n'apparaissent pas des tournures comme « pour toutes les anorexiques », « quand on est anorexique », « en tant qu'anorexique », et c'est également la seule patiente interviewée à ce stade du parcours hospitalier. Cet entretien est donc aussi celui où cette première composante de l'intériorisation du point de vue médical – accepter le diagnostic – est absente.

Cette intériorisation comprend également le fait de reconnaître que ce diagnostic implique une « pathologie » (au chapitre précédent, Véronique par exemple acceptait le diagnostic tout en refusant son caractère pathologique), qu'il ne s'agit pas

d'un simple terme descriptif des pratiques ou des comportements mais qu'il révèle une « vraie maladie » [Mathilde, H], ce que les interviewées attribuent explicitement à l'effet du travail médical : « Et quand j'ai commencé à parler avec les psychologues, les choses comme ça, j'ai commencé à me rendre compte que j'étais... malade » [Émilie, C]. L'acceptation de cet élément du point de vue médical entraîne alors une réinterprétation du parcours antérieur. Les pratiques et représentations des phases précédentes sont revues à l'aune de l'intériorisation du point de vue médical :

[Avant l'hôpital] Je me rendais pas compte que j'allais mal : pour moi, c'était normal et c'était comme ça [Camille, C].

C'est le fait de passer dans un hôpital psychiatrique qui fait comprendre que c'est pas normal... [Christine, C].

C'est à ce stade que toutes les pratiques des phases antérieures sont réinterprétées comme les symptômes d'une pathologie : les exercices physiques ou le travail scolaire sont recodés comme « hyperactivité » ou comme traits évidents de la pathologie, les pratiques alimentaires comme « obsessions » ou signes d'une volonté pathologique de maîtrise, le poids atteint lors de la phase préhospitalière comme un poids anormal, etc. L'intégration de ce point de vue fait donc de l'entretien le récit d'une pathologie, celui d'une « aggravation » progressive, d'une « dégradation » où la personne progressivement « tombe » ou « s'enfonce » dans la maladie.

Enfin, les patientes sont censées à la fois intégrer les définitions hospitalières de la guérison ou du progrès et manifester une posture pratique de coopération par rapport aux buts de l'institution. « Vouloir s'en sortir » : cette expression, ou ses équivalents (« être décidée à s'en sortir », « avoir envie de s'en sortir »...), sert à désigner un moment de rupture dans le parcours hospitalier, celui où l'interviewée accepte de faire siens les objectifs thérapeutiques de l'institution : « Maintenant, mon ambition c'est plutôt de m'en sortir » [Yasmine, C]. Cette posture est de plus présentée en opposition à celle des moments antérieurs, où la patiente ne voulait pas ou pas vraiment « s'en sortir » :

[Lors des premières hospitalisations] J'étais pas décidée à m'en sortir de toute façon [...]. J'avais pas vraiment envie de m'en sortir

[...]. [En ce qui concerne l'hospitalisation actuelle] Vu que j'étais décidée à m'en sortir de toute façon, j'étais prête à écouter ce qu'on me disait [Julie, H].

Il faut être apte à recevoir les soins... Et maintenant avec le recul je me rends compte que la première fois j'étais pas apte, enfin qu'il y avait beaucoup de faux-semblants... « Oui oui ça va aller, oui, je comprends ça, je comprends ça », et puis pas du tout du tout... [Christine, C].

« Vouloir s'en sortir » signifie donc être « décidée », ou « apte » – ce dernier terme connote encore plus clairement que cette acceptation est le résultat d'un apprentissage – à être « prise en charge ». L'institution a donc, à ce stade, construit un consentement (ou au minimum une déclaration de consentement) sur lequel elle peut s'appuyer pour mener son action. C'est l'adjectif « prête » qui peut être employé pour désigner ce moment du parcours médical, tant par les équipes médicales que par des patientes ayant intériorisé ce point de vue : « Je voulais vraiment, vraiment que ça aille mieux, et j'avais décidé de me faire hospitaliser [une nouvelle fois]... J'étais prête à rentrer quelque part [...]. Je lui ai dit [au psychiatre] : “Je suis prête à rentrer là-bas” » [Sophie, C].

Être « prête » signifie en effet être prête à accepter le point de vue de l'hôpital sur soi, et tout d'abord à reconnaître le bien-fondé de l'hospitalisation. Le terme désigne donc à la fois un moment du parcours médical (celui où on « est prête »), mais aussi une disposition pratique à coopérer (« être prête à »), comme on peut le voir *a contrario* dans l'exemple suivant :

[Solange, la patiente anorexique qui est entrée la veille au service U – elle n'a pas encore signé son contrat –, demande un entretien avec l'interne] :

[Solange à l'interne :] J'ai décidé de partir d'ici, je ne supporte pas, je veux partir, je sais que si je reste ici je vais continuer à maigrir [...]. Maintenant je veux m'en sortir et je sais que si je reste ici je n'y arriverai pas, je le sais, c'est comme les autres hospitalisations, je me mettrai à perdre perdre perdre...

Interne : – Mais vous voudriez aller où pour vous en sortir ?

Solange : – Je voudrais aller chez moi, déjà pour me reposer et je sais que je m'en sortirai... J'en ai assez, je veux m'en sortir.

[L'interne la renvoie alors au chef de service, qui la voit, et vient dans le bureau infirmier]

Chef de service : – L'anorexique dans toute sa splendeur ! « Je vais m'en sortir seule, j'ai besoin de personne, je vais m'en sortir seule »...

L'infirmière qui a assisté à l'entretien, ajoute peu après à mon intention : – Au début, [une autre patiente anorexique du service] c'était la même chose, mais quand [la chef de service] lui avait dit : « Essayez une semaine et puis on verra », elle avait entendu... Là, il n'y avait aucun compromis possible, elle entendait absolument rien [...]. [Plus tard, d'un ton désabusé :] Elle était pas prête, quoi » [JT].

Solange négocie ici sa sortie du service en manifestant qu'elle « veut s'en sortir », et en donnant des gages, semble-t-il, de l'intériorisation du point de vue médical. En même temps, l'argument qu'elle utilise – pour « s'en sortir », elle doit « sortir » de la clinique – est irrecevable pour l'équipe médicale, pour qui le « vouloir s'en sortir » se prouve par l'acceptation et non le refus de l'hospitalisation. De ce point de vue, et parce qu'elle refuse l'hospitalisation, Solange manifeste au contraire qu'elle est « en plein dedans » – « l'anorexique dans toute sa splendeur » –, qu'elle n'est de fait « pas prête » « à s'en sortir ».

« Vouloir s'en sortir » signifie donc finalement accepter le travail hospitalier sur sa personne comme seul moyen de guérison à ce stade – c'est-à-dire lorsque l'hospitalisation a été prescrite – et la transformation de soi qu'il implique. Isabelle, qui vient d'arriver à la clinique C, accepte à la fois le diagnostic d'anorexique, et son caractère pathologique – « je conçois très bien que mon état n'est pas normal » –, mais prend ses distances par rapport à ce troisième élément du point de vue médical : « Par exemple ce matin elle [sa psy référente] m'a pesée, et puis après je lui ai dit, “mais vous savez, je sais même pas si la prochaine fois qu'on se verra... j'aurai repris quoi”... J'ai pas envie de reprendre ! J'ai envie de reprendre, j'ai envie de guérir et tout, mais en fait j'ai envie de guérir sans grossir, et l'un va avec l'autre, quoi, et ça... [...] Je conçois très bien que mon état n'est pas normal, et que c'est pas comme ça qu'il faut agir, que quelqu'un de normal agit, bon ben moi c'est quelque chose qui est resté, qui est ancré en moi, et c'est vraiment dur de... déjà de vouloir l'enlever quoi... [...] Si je finis [mon assiette] je me dis “mais mince, t'as changé, mince !” » [Isabelle, C].

« Vouloir s'en sortir », c'est donc *a contrario* accepter une transformation à l'hôpital et par l'hôpital, c'est-à-dire accepter de se faire transformer et de coopérer à cette transformation. Il s'agit donc, comme le disait Isabelle, « déjà de vouloir l'enlever », ou d'« arriver à supporter de devoir quitter l'anorexie » [Yasmine, C]. Ainsi, l'un des enjeux de l'intégration du point de vue de l'hôpital sur soi consiste, pour les patientes, à accepter d'être transformées par le travail hospitalier en sens inverse de la transformation de soi effectuée dans les phases précédentes de la carrière. Dès lors, cette transformation de soi par l'institution peut être crainte en tant que telle, comme un résultat à la fois possible et redouté du travail hospitalier sur la personne qui ferait disparaître les goûts et les « acquis » des phases précédentes, par exemple sur le front scolaire :

[Suite au travail de l'institution hospitalière sur les comportements scolaires] Mais j'ai toujours peur que je me mette à aimer rien faire et devenir une mauvaise élève [Mathilde, H].

Je me dis aussi, est-ce qu'il faut que je me force à être une mauvaise élève alors que j'aime pas ça ? [Isabelle, C].

Le « vouloir s'en sortir » manifeste donc une posture pratique de coopération à la transformation de soi, et ce sur les deux terrains hospitaliers effectués.

En revanche, les définitions du « s'en sortir » varient selon le lieu de recueil des entretiens. Elles sont différentes à l'hôpital H et à la clinique C, et donc différentes dans les entretiens réunis dans l'une ou l'autre de ces institutions. « S'en sortir » peut d'abord faire référence à la prise de poids et à la disparition des comportements étiquetés comme traits de la pathologie. C'est dans les entretiens réalisés à l'hôpital H que les discours de sortie d'anorexie sont le plus référés à la disparition de certains comportements, ce qui correspond à l'importance donnée à ces comportements dans le traitement à l'hôpital H :

Y'a quinze jours j'aurais pas dit ça, mais là... j'ai vraiment l'impression d'être guérie. J'ai eu des week-ends, des permissions dehors, et je vois que les comportements que j'ai eus vis-à-vis de la nourriture [je ne les ai plus] [Anne, H].

Maintenant j'ai plus du tout envie d'y retourner ["dans" l'anorexie]... Là je me sens très bien, quand je mange je me sens encore mieux... [Louise, H].

En revanche, en ce qui concerne les entretiens réalisés à la clinique C, les définitions du « s'en sortir » sont plutôt référées à l'efficacité d'un « travail sur soi » et aux positionnements par rapport à une « avancée ». Les équipes médicales de la clinique C définissent en effet le travail thérapeutique non pas tant en rapport avec les comportements anorexiques que comme un « travail avec le patient ». Il s'agit de faire « bouger » et « avancer » le patient en lui faisant « entendre » ce qu'il doit ensuite (se) « dire » : « Donc mon raisonnement était fou, j'arrivais pas à en retrouver un autre, j'écoutais pas les autres... Et c'est justement là où j'ai l'impression quand même d'avoir un petit peu avancé, parce que j'écoute les autres. Parce que j'essaye d'entendre [...] je me dis "entends ça Christine, entends que... Essaie de pas t'écouter quoi" » [Christine, C, je souligne].

Ces termes ne servent pas à évaluer la prise de poids, par exemple, mais bien l'attitude des patientes par rapport au « travail » « avec l'équipe » (médicale) et « sur soi ». De ce fait, c'est par rapport à la conception d'un progrès dans la découverte des causes, inconscientes et personnelles, de l'anorexie que les interviewées définissent leur sortie d'anorexie. Le « travail avec la patiente » doit donc finalement se traduire par un « travail sur soi » de la patiente : « Donc c'est après, en venant au [service U de la clinique C] que j'ai fait tout le travail, que j'ai découvert la psychologie... que j'ai commencé à changer... mon état d'esprit. [...] [J'ai commencé à me rendre compte] que pour s'en sortir, il fallait faire un travail sur soi... » [Émilie, C].

Le « travail sur soi » est à la fois, pour reprendre les expressions d'A. Young sur le statut de la parole en psychiatrie d'orientation psychanalytique, une « modalité thérapeutique » et la « preuve du progrès du patient<sup>5</sup> ». De ce point de vue, la remise en questions de l'identité doit aboutir à sa mise en réponses et à la découverte de ces réponses, dont cet extrait d'entretien avec Sophie constitue une sorte d'idéal type<sup>6</sup> :

---

5. *The Harmony of Illusions*, op. cit., p. 185.

6. Pour percevoir ce caractère idéal-typique, on pourra comparer ce récit de Sophie à l'analyse par R. Barrett des catégories psychiatriques d'orientation psychodynamique :

Psychologiquement, nerveusement, je craquais totalement, je n'arrêtais pas de pleurer, à chaque entretien, ça n'allait pas du tout et bon, ben un jour en entretien avec mon psychiatre, j'ai commencé encore à me vider, à pleurer tout ça, et puis je me souviens plus totalement de ce que j'ai dit, mais y'a des choses qui sont arrivées comme ça ric-rac, j'ai commencé à tout déballer, pas mal de problèmes familiaux, et je lui disais, parce qu'il ne parlait pas du tout, je lui disais "mais votre silence ça ressemble un peu à ce que je vis parfois à la maison, on doit rien dire, on doit tout cacher, et moi je supporte pas, ça m'énerve". Et à partir de ce moment-là, je sais pas, j'ai commencé à suivre un fil, sur mes relations avec mes parents, surtout ma mère, et... À partir de ce moment-là y'a beaucoup de choses qui sont venues en chaîne et j'ai vraiment commencé à *travailler là-dessus*... et au fur et à mesure, y'avait beaucoup de choses qui s'éclaircissaient pour moi [...]. C'est surtout par rapport à [ma mère] que *j'avais avancé, que j'avais travaillé* avec le psychiatre [...]. Depuis que j'ai été hospitalisée la première fois et depuis qu'il y a eu beaucoup de... de souvenirs qui sont réapparus par rapport aux problèmes familiaux tout ça, c'est vrai que c'est surtout sur ça que les choses se sont axées après, hein ? Puis bon ben c'est vrai qu'on trouve des *réponses* qu'on trouve pas ailleurs, hein ? [...] Vraiment la première hospitalisation c'était une révélation par rapport à mes problèmes, enfin psychologiques, tout ça [Sophie, C].

Ces « réponses », dont Sophie est convaincue de la pertinence au point qu'elle veut également m'en convaincre (comme le montrent les « hein ? » dans l'extrait ci-dessus), constituent alors une « découverte de soi-même » : « Aujourd'hui... je suis plus du tout la même Émilie que j'ai été avant d'être malade, que j'ai été pendant que j'étais malade... Je me reconnais pas du tout, et même j'ai l'impression que je me découvre, mon vrai moi... et... ça fait un bien ! [...] C'est... ça qui arrive à me faire maintenant *avancer* : j'ai trouvé quelque chose en moi... Et donc c'est maintenant, *j'en suis là* [...]. Moi ça m'a fait énormément réfléchir sur moi-même, j'ai découvert un peu qui j'étais [...]. J'ai vraiment changé... changé, quoi. Et c'est vrai qu'en ayant fait un travail sur moi-même, en ayant eu une

---

« L'étiquette de l'entretien – la mise à l'aise du patient, la sobre attitude d'intérêt pour lui, les questions ouvertes, l'établissement d'un "contrat de confiance" – avait pour but essentiel de révéler des symptômes mentaux profonds [...]. On disait alors du clinicien qu'il "découvrait", "faisait sortir", ou permettait au patient de "vider son sac", comme dans l'expression : "il a vidé son sac et tout est sorti" », R. BARRETT, *La Traite des fous*, op. cit., p. 61-63.



maladie, tout ça, on voit les autres différemment quoi [...]. En fait ma guérison c'est ça, c'est une découverte de moi-même... » [Émilie, C, sur le départ de la clinique].

Ce terme de « travail sur soi », ainsi que la représentation d'un axe de progrès dans la découverte de soi ne se retrouvent pas dans les entretiens réalisés à l'hôpital H, à l'exception de deux : celui de Mathilde, qui est suivie par un psychologue pratiquant comme elle le dit l'« entretien libre », et celui d'Anne, qui, comme on l'avait déjà noté, est parallèlement suivie par un psychothérapeute d'orientation psychanalytique.

La variation des orientations thérapeutiques entre les deux corpus s'illustre enfin dans les modèles par lesquels la guérison, effective ou potentielle, est décrite. Dans les entretiens réalisés à l'hôpital H apparaît un modèle de la maladie comme « parenthèse » de l'identité, sur le mode d'une erreur, « bêtise » ou « connerie » où l'on peut voir un écho profane des théories comportementales et cognitives. Dans cette optique, la guérison consiste à revenir à l'identité antérieure :

Maintenant je suis contente parce que vu que je vois ça avec du recul je me dis : « C'est vrai, l'anorexie, c'est ouh... c'est bête de faire ça, bon ça m'a appris et maintenant j'essaierai de plus refaire. Je suis passée dedans et je sais que c'est une grosse bêtise... » [Louise, H].

C'est comme si depuis un an c'était plus vraiment moi, c'est pour ça que quand j'en parle avec mes copines maintenant, je leur dis : « Mais vous allez voir quand je vais revenir ça va être quelqu'un d'autre, c'est quelqu'un comme j'étais avant mais c'est plus la Julie que vous avez connue quand j'étais malade », j'ai complètement changé. C'est comme si j'avais eu une parenthèse... [Julie, H].

En revanche, la version psychanalytique du processus de « sortie de l'anorexie », telle qu'on peut la repérer dans les entretiens réalisés à la clinique C, fait de cette sortie non pas un retour à une identité ancienne mais bien une accession à une nouvelle identité produite par le « travail sur soi ». De ce point de vue, l'anorexie n'est plus une parenthèse d'errance et peut même être reconstruite en expérience douloureuse mais créatrice :

Mais bon, je retournerais en arrière pour rien au monde, et le fait que je tombe pas malade, d'être malade ou pas... [...] Faire un

travail psychologique sur soi, tout le monde ne le fait pas, et t'es peut-être plus proche des personnes et tu vois différentes choses aussi... Bon, j'ai encore des choses à travailler, c'est pour ça que je vois encore un psychothérapeute, mais on fait avec aussi... Bon on se pose des questions, on se remet en cause, on est plus à l'écoute des gens, quand on a des problèmes ils seront peut-être moins graves que quelqu'un qui en a déjà eu, ça nous permet aussi d'être plus à l'écoute que d'autres personnes... [Priscille, C].

Déjà mon père il arrête pas de me rabâcher que j'ai gâché mon adolescence, mes plus belles années de ma vie, puisque j'en ai pas profité comme les autres, puisque je me suis pourri la vie avec ça et tout, je lui ai dit : « Tu sais, c'est quelque chose qui me permet aussi d'évoluer, même si c'est très négatif, ça me permet de comprendre beaucoup de choses et de faire un travail sur moi que beaucoup de gens font plus tard, quoi... » [Isabelle, C].

Dans cette optique, le « travail sur soi » effectué vient en quelque sorte réinscrire l'anorexie dans la biographie comme un moment à la fois important, douloureux, mais aussi paradoxalement enrichissant, et on peut en trouver une des sources locales dans le discours tenu par un enseignant de la clinique, qui parle ici en tant que psychanalyste : « Il y a quand même deux injonctions [...]. D'un côté, j'ai plutôt une position paternelle, où je pose qu'il y a quand même quelque chose qui fait que... on doit sortir du cercle infernal [...]. Mais donc après, mais ça c'est plutôt en fin de parcours, j'essaie quand même, justement en fin de parcours, de les valoriser, en leur disant justement, bon d'accord elles ont vécu... bien des trucs... et que là ça peut leur servir justement... d'avoir quelque chose... que les gens qui n'ont pas traversé leur truc n'auront jamais. C'est-à-dire que je valorise leur anorexie. »

Ces deux modèles de consolidation du récit (la parenthèse d'une part, et d'autre part l'occasion d'un « travail sur soi » et d'une « découverte de soi ») construisent de manière différente la rupture introduite par l'hospitalisation et le travail hospitalier. Dans le premier modèle – à l'hôpital H –, la rupture est introduite par le retour à l'identité antérieure à l'anorexie, et la guérison est une discontinuité par rapport à la phase anorexique et une continuité par rapport à l'identité antérieure. Dans le deuxième cas – à la clinique C –, la rupture est celle qu'introduit une troisième identité, si l'on peut dire, différente de la

phase symptomatique mais différente également de l'identité antérieure du fait du « travail sur soi ».

## **La constitution hospitalière d'un groupe déviant**

Lors des premières phases de la carrière, on avait vu apparaître une spécificité de l'anorexie comme déviance : l'absence d'un groupe déviant où seraient réalisés les apprentissages, et la fonction particulière que jouaient même, dans cet apprentissage, les entrepreneurs ou les passeurs de normes diététiques et corporelles. Cette spécificité réapparaît lors de cette dernière phase, qui est précisément celle où le groupe déviant est tardivement – par comparaison avec d'autres types de déviance – constitué. Il est de plus construit et imposé par l'institution hospitalière. Ce groupe est en effet organisé à l'hôpital, et par l'hôpital, lorsque les patientes sont hospitalisées dans des services de psychiatrie spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire ou même en psychiatrie des enfants et des adolescents. Il ne s'agit pas, du moins à l'origine, d'un groupe de pairs choisi mais d'un groupe imposé, qui, selon les hospitalisations, peut être un groupe informel – les « anorexiques du service » – ou un groupe constitué institutionnellement en patient collectif par l'organisation de thérapies de groupe. Enfin, et c'est sa troisième spécificité, le groupe déviant constitue une structure de maintien (rôle classique de ce groupe dans les analyses en termes de carrière) *et* de rupture de l'engagement. La mise en groupe agit en effet sur les patientes, et est utilisée par elles de manière variable selon les types d'hospitalisation et le moment du parcours hospitalier. On peut identifier trois types de fonctions et usages de cette mise en groupe.

Dans l'analyse d'H. Becker, avant même l'étape d'« entrée dans un groupe déviant organisé », ce groupe est un lieu d'apprentissage de la déviance. On a vu, au cours de la première phase, que cette fonction est dans bien des cas remplie non par un groupe déviant mais par le « public », les « normaux », voire les « normées ». Lors de cette phase hospitalière cependant, le groupe déviant peut jouer ce rôle d'apprentissage. L'hôpital, lieu thérapeutique dont l'objectif est la rupture de l'engagement, devient alors paradoxalement un endroit où de nouvelles techniques de maintien de l'engagement apparaissent. C'est ainsi le groupe déviant organisé par l'hôpital qui peut être l'occasion

d'un apprentissage (lorsque ce dernier n'a pas été effectué avant), celui du comptage calorique par exemple :

Mais manger une demi-frite ou un demi-concombre, c'était pareil, j'avais aucune notion des calories, rien [...]. [Au début] j'avais aucune notion... Et c'est à l'hôpital, c'est dans la salle à manger... On arrivait à table et les filles [anorexiques] étaient là : « Alors, ce midi y'a des betteraves, 230 calories, y'a un morceau de gigot, 160 calories, et puis y'a des haricots, mais quand ils ont pas de haricots, alors ils mettent des pommes de terre, alors là les pommes de terre ça fait plus, donc je te conseille de prendre un demi-pain et pas ton pain entier... » [...] Et alors du coup, je connaissais toutes les calories par cœur et tout » [Camille, C].

De nouvelles formes de mesure de soi-même, ou des pratiques de leurre destinées à contrer une surveillance rapprochée peuvent également être découvertes :

Dans les hôpitaux psychiatriques, on rencontre [des anorexiques qui disent] : « Moi je peux faire le tour de mes cuisses comme ça [dans le cercle dessiné par les deux mains], toi est-ce que tu peux ? » [Christine, C].

[Dans la salle à manger à l'hôpital] Les filles faisaient des trafics dans tous les sens ! Et que je t'éponge les patates, et que je te planque le steak dans la culotte... [Camille, C].

Les techniques apprises lors de la phase hospitalière peuvent être ensuite utilisées pour maintenir, voire radicaliser l'engagement dans la carrière à la sortie de l'hôpital, comme dans le cas de Mathilde, qui passe d'une rationalisation de l'alimentation par les quantités à une rationalisation par les calories suite à une première hospitalisation :

Mathilde : – Avant, c'était la quantité, ce qu'il y avait dans l'assiette... Même si quand y'avait des pâtes, j'en mangeais quand même moins que des haricots verts, déjà, mais ça s'est plus accentué... parce que ça me paraissait plus lourd dans l'estomac... tandis que maintenant, c'est plus de l'ordre du calcul... d'anorexique...

MD : – Des calories ?

M : – Oui...

MD : – Et ça tu disais c'est pas quelque chose que tu faisais avant la première hospitalisation ?

M : – Non, pas du tout... C'était plutôt une notion qui m'était un peu étrangère...

MD : – Et justement alors comment tu l'as découverte ?

M : – Avant la première hospitalisation, j'avais regardé de temps en temps les emballages... la notion de calories... Je m'étais dit : « Si c'est moins... » mais je savais pas exactement à quoi ça correspondait... J'avais aucune notion, mais c'est plutôt ici, lors de la première hospitalisation, avec les diététiciennes... Lors des conversations entre anorexiques... qui étaient beaucoup plus au courant... c'est venu plus ici... [Mathilde, H].

Comme on peut le voir, le groupe déviant n'est pas le seul lieu d'apprentissage, mais le changement de pratiques est directement référé au diagnostic et donc au groupe dans l'expression « calcul d'anorexique ». On peut regretter le fait que j'aie rabattu tout de suite dans l'entretien cette expression sur celle de « calcul des calories », sans laisser l'interviewée développer ce que l'expression « calcul d'anorexique » évoquait comme apprentissage, mais aussi comme identité de groupe. De fait, la mise en groupe organisée par l'hôpital donne une dimension collective à l'étiquette d'« anorexique », qui peut servir à désigner tant le groupe que les personnes qui le composent. De là, la dénonciation par l'équipe médicale elle-même des « couloirs d'anorexiques » dans les services spécialisés ou des expressions telles que « nous les anorexiques » employées par les patientes, que les thérapies de groupe peuvent institutionnaliser encore plus clairement et visiblement.

Cette constitution du diagnostic comme identité collective est susceptible d'usages divers, tant de la part des médecins que des patientes. On peut tout d'abord faire l'hypothèse qu'elle peut faciliter l'imposition du diagnostic. Par exemple, l'expression de « rituels anorexiques », souvent employée dans les services, ne connote pas seulement l'aspect pathologique des comportements mais évoque également leur dimension collective. L'intériorisation du caractère pathologique des comportements peut être facilitée par la mise en lumière et en scène de leur caractère commun et partagé par un groupe de patientes :

Ici, pendant l'hospitalisation, y'avait déjà eu ça pendant la première mais beaucoup moins, y'a eu des thérapies de groupe avec d'autres anorexiques, en confrontant avec d'autres histoires, qui étaient complètement différentes mais y'avait quand même des

choses en commun, c'est là que j'ai pris conscience que c'était bien de l'anorexie [Mathilde, H].

Puis après, quand j'ai vu tellement de malades [...]. C'est-à-dire que c'est atroce tellement nos lignes qui se ressemblent sont tout à fait semblables [...]. Forcément, ce qu'ils [les médecins] connaissent le mieux ce sont les grandes lignes, parce qu'elles sont semblables chez tout le monde, chez toutes les anorexiques... Forcément, ils n'ont qu'à foncer dans le lard et ils savent très bien qu'on a ces grandes lignes [Yasmine, C].

La mise en groupe, qu'elle soit informelle ou qu'elle donne lieu à des thérapies de groupe, peut donc jouer à l'hôpital comme une démonstration de la pathologie. Ceci se marque, dans les entretiens réalisés, par la récurrence des expressions « comme toutes les anorexiques, je... » « les anorexiques [font ceci ou cela et moi aussi] », etc., qui indiquent que la reconnaissance de la pathologie passe par la démonstration de son caractère commun et collectif. Ce qui pourrait apparaître comme un paradoxe – les comportements sont anormaux et pathologiques parce qu'ils sont partagés par d'autres – constitue en fait un vecteur d'imposition du point de vue médical, parce que le groupe est réuni dans un univers social où la présence est un signe de pathologie. Cette situation donne alors lieu à ce que E. Goffman nomme un « cycle de l'affiliation », c'est-à-dire un rapport de l'individu stigmatisé au groupe de ses semblables qui peut osciller et passer du « frisson » à la « franc-maçonnerie<sup>7</sup> ». Si la mise en groupe comme mécanisme d'intériorisation de la dimension pathologique des comportements suscite plutôt le frisson, un autre usage du groupe par les patientes tend plus nettement vers une franc-maçonnerie d'infortune. Les comportements deviennent normaux pour la même raison qu'ils sont pathologiques, parce qu'ils sont partagés :

Et puis bon ce qui est vraiment frappant quoi... pendant tout le temps, je me disais, mes réactions c'était complètement anormal ce que je faisais, que j'étais la seule à être comme ça, et puis au fur et à mesure d'en parler avec d'autres, de lire comme ça, je me rendais compte que c'était pareil [Julie, H].

J'avais l'impression que je m'en sortais pas, que d'être aux côtés d'autres anorexiques ce serait pas bénéfique du tout... Et en fait... Là, ça a un petit peu cassé le moule du gros monstre que

---

7. E. GOFFMAN, *Stigmate*, op. cit., p. 51-52.

j'étais, parce que... [...] Donc là j'ai un petit peu atterri, je me suis dit : « Anne, y'a pas que toi qui es comme ça, donc c'est fini, t'es pas un monstre » [Anne, C].

J'ai vraiment rencontré des gens, qui avaient déjà fait des rechutes, qui avaient déjà traversé des choses... et avec qui vraiment, enfin, je compte mes meilleures amies, parmi des gens qui sont anorexiques quoi... Parce que vraiment... Je sais pas, le fait de comprendre, de savoir que ce qu'on ressent c'est légitime... et de savoir que notre mode de fonctionnement, qui est apparu tellement dément, et presque détestable... [Christine, C].

Les deux derniers effets de la mise en groupe présentés manifestent en fait les points de vue différents à partir desquels le groupe est envisagé. Dans le premier cas, le point de vue est celui des « normaux » : l'identité collective est un stigmate partagé qui est imposé à l'individu. Dans le deuxième cas, le groupe est décrit et utilisé du point de vue des « stigmatisées », où l'identité est alors « normale » – pour une « anorexique<sup>8</sup> ». On peut ainsi faire l'hypothèse que l'alignement, sur ou hors du groupe, peut faire lui-même l'objet d'un cycle, comme le montre cet extrait d'entretien où Anne fait explicitement référence au passage du temps pour justifier son abandon du point de vue du groupe :

J'avais, j'ai toujours d'ailleurs, un truc entre anorexiques, comment ça s'appelle, une thérapie de groupe, avec un psychothérapeute, avec les quelques anorexiques qu'il y a ici et d'autres d'une autre unité... Au début j'aimais bien, parce que ça me rassurait un peu de voir que j'étais pas la seule à lire des recettes de cuisine, à faire des marches d'escaliers, mais maintenant ça m'intéresse plus, parce qu'on parle des tics anorexiques et tout, moi j'en ai plus du tout... J'ai même complètement oublié... Elles parlent de trucs auxquels je ne pense plus du tout et au contraire ça... je m'emmerde, quoi. C'est un peu décalé maintenant [...]. C'est des anorexiques qui sont là depuis deux semaines, trois semaines, maintenant je suis la seule à être là depuis un bout de temps... Pareil, quand je suis arrivée y'en avait qui étaient plus anciennes et ça devait être pareil pour elles... moi je comprenais pas qu'elles aiment pas ça... et maintenant... [Anne, H].

---

8. Selon E. Goffman, à la fois l'alignement sur le groupe et l'alignement hors du groupe sont imposés au stigmatisé. L'individu doit reconnaître que son « vrai » groupe est le groupe des stigmatisés (alignement sur le groupe) mais doit également se considérer du point de vue des normaux (alignement hors du groupe), *Stigmate*, *op. cit.* p. 134-146.

« Les démarches précises qu'accomplit une personne pour entrer dans un groupe organisé, ou la prise de conscience et l'acceptation du fait qu'elle y est déjà entrée influencent fortement la conception qu'elle a d'elle-même. Une toxicomane m'a dit un jour qu'elle s'était sentie vraiment "camée" à partir du moment où elle s'était aperçue qu'elle n'avait plus pour amis que des toxicomanes<sup>9</sup>. » Dans le cas étudié ici, le groupe organisé est imposé par l'institution qui peut même jouer de cette imposition pour en asseoir une autre : celle du diagnostic et de la démonstration du caractère pathologique des comportements. En ce sens, le processus décrit par H. Becker sert en partie les buts thérapeutiques de l'hôpital en faisant se sentir « anorexiques » des patientes dont il s'agit justement d'obtenir cette « prise de conscience ». La mise en groupe est cependant susceptible d'autres usages de la part des patientes, allant moins dans le sens de la rupture que de la continuité des pratiques déviantes. L'hôpital peut être aussi le lieu d'une « sous-culture déviante » entraînant une « cristallisation de l'identité déviante<sup>10</sup> ». Toutefois, le fait que cette sous-culture prenne place seulement à l'hôpital, sous contrôle hospitalier et sous l'égide d'un diagnostic imposé, en fait une sous-culture structurellement dominée qui ne peut pas se présenter sous la forme des « idéologies » dont parle H. Becker – par exemple la « philosophie pratique » qui s'adresse à certains individus étiquetés comme déviants et « leur montre que d'autres gens ont été comme eux, qui leur explique pourquoi ils sont comme ils sont et pourquoi il n'y a aucun mal à être comme cela<sup>11</sup> ». Ce sont en effet les médecins qui sont ici en position de fournir cette philosophie pratique, du moins bien sûr ses deux premiers aspects : « leur montrer que d'autres gens ont été comme eux » et « leur expliquer pourquoi ils sont comme ils sont<sup>12</sup> ».

---

9. H. S. BECKER, *Outsiders*, op. cit., p. 60.

10. *Ibid.*, p. 60-62 : « Ainsi, une fois entré dans un groupe déviant organisé et institutionnalisé, le déviant a plus de chance que précédemment de poursuivre dans cette voie. D'une part, il a appris comment éviter les difficultés ; d'autre part, il a acquis un système de justifications qui l'incite à persévérer. »

11. *Ibid.*, p. 61.

12. Il est possible qu'une évolution ait eu lieu sur ce point, et qu'Internet, par exemple, soit utilisé pour diffuser une telle « philosophie pratique », y compris de normalisation et de valorisation, hors du cadre médical : voir « Les fans de l'anorexie servent leur soupe sur le Web. L'apologie de ce trouble alimentaire inquiète les médecins », *Libération*, lundi 20 août 2001, p. 15.



## **De « lâcher prise » à « se reprendre en main » : le travail sur les dispositions**

Un troisième type de travail de l'institution hospitalière s'exerce directement sur les pratiques qui constituent le maintien de l'engagement et sur les dispositions en ayant résulté. La « prise de corps » sur la patiente, assurée à la fois par la situation hospitalière et par un éventail de techniques thérapeutiques allant de la contrainte pure (la sonde) à ce qu'on pourrait appeler la « contrainte contractuelle » (le contrat), engage un processus en trois temps qui dépend, dans son déroulement, de l'obtention de la coopération de la patiente travaillée par l'imposition du point de vue de l'hôpital sur soi. Dans un premier temps, la patiente doit « lâcher prise », c'est-à-dire arrêter le travail de maintien de l'engagement – celui de la deuxième phase, mais aussi le travail du leurre de la troisième phase. Dans un deuxième temps, elle doit accepter d'être « prise en charge » : procéder à une remise de soi à l'institution en acceptant de suivre à la lettre le guide de conduite que fournit l'institution, au lieu d'agir en suivant la pente des dispositions acquises. À terme, la patiente doit pouvoir « se reprendre en main », c'est-à-dire opérer un travail actif visant à combattre les dispositions acquises lors des phases précédentes, définies comme mauvaises et pathologiques, et à acquérir de nouvelles dispositions définies comme bonnes et saines. Cette reprise en main constitue alors un nouvel engagement dans une prise en main, qui est strictement symétrique de celui que les interviewées ont entrepris dans la première phase de la carrière et s'exerce en sens inverse.

### *« Lâcher prise » : arrêter le maintien de l'engagement*

La situation hospitalière peut en effet être définie comme une véritable « prise de corps » sur la patiente. La mise sous sonde en représente la forme extrême, dans la mesure où elle est justement définie comme un travail direct sur le corps de la patiente :

J'ai été sondée parce que j'ai fait un malaise... dans la rue quoi. Donc ça, c'est la pire chose qui me soit arrivée... [...] Donc si ça va pas le matin, si t'as pas pris assez, ils augmentent la dose de calories et puis bon voilà quoi [Christine, C].

On m'a mis la sonde et... J'en ai eu pour deux semaines de sonde, avec... ouais j'avais quatre flacons par jour, et au fur et à mesure non seulement en plus des quatre flacons on me fait manger... J'avais le petit dej', le goûter, et puis après on m'a enlevé deux flacons et j'avais un repas, et donc ce qui fait que c'était le gros gavage, je prenais trois kilos par semaine [Camille, C].

C'est plus généralement la situation hospitalière elle-même qui vise à mettre un coup d'arrêt au travail de maintien de l'engagement. Le travail du leurre, par exemple et par excellence, y devient extrêmement difficile à mener : la surveillance de la phase précédente est à la fois institutionnalisée et radicalisée à l'hôpital. Le travail de leurre jouait notamment sur la variation entre différents espaces ou différentes scènes sociales : l'unité de lieu de l'hospitalisation (l'interdiction de sortir du service, voire, dans certaines hospitalisations ou à certains moments de certaines hospitalisations, l'interdiction de sortir de la chambre) fait disparaître cette possibilité. Le travail de leurre jouait également sur les interstices de la surveillance, or la surveillance est ici renforcée et toutes les actions sont susceptibles d'être repérées. En résumé, le travail de leurre jouait sur la possibilité de cacher certaines pratiques et sur l'efficacité d'un discours mensonger sur ces pratiques. À l'opposé, l'hôpital crée la visibilité totale des pratiques et la disqualification des discours :

On m'a soupçonnée de tout, on m'a coupé l'eau parce qu'on croyait que je voulais vomir, on m'a tout le temps épiée [...] [en isolement, avec la sonde]. Les médecins ils arrivaient, ils changeaient les flacons, ils accéléraient le truc et ils sortaient et ils fermaient à clé derrière eux... Ils ouvraient la petite trapette pour voir si je faisais pas de conneries et puis c'est tout [Camille, C, sur une hospitalisation antérieure].

Un truc qui m'a toujours énervée, c'est qu'on dit tout le temps... quand je suis arrivée ici, mon interne il m'avait dit : « De toute façon on part du principe, pas que vous nous mentez mais qu'on peut pas vous faire confiance... on croira les faits, mais on croira pas ce que vous nous direz... » et ça ça m'a toujours déplu, même si c'est nécessaire... parce que ça m'a toujours joué des tours... Déjà quand j'étais hospitalisée à la clinique, et ça je l'ai su qu'après, y'a une infirmière qui avait été dire à mon médecin que j'avais vomi, parce qu'elle avait cru voir des traces... et j'avais pas

vomi, moi je le savais... mais je pouvais pas leur prouver, quoi... et ça me faisait de la peine... et même ici, on constatait que j'urinais plus que je ne buvais... donc de suite on pensait que je buvais à côté [...]. Au début quand je suis arrivée, j'avais ma bouteille d'eau, et je devais la boire dans la journée, et je faisais pipi dans un pot et comme ça on comparait les entrées et les sorties... Parce que je crois, y'en a certaines qui prennent du poids mais c'est que de l'eau [...]. Et ça a continué pendant quinze jours, trois semaines. Et je disais : « Mais non je bois pas à côté »... « Écoutez, y'a tant de litres et tant de litres, c'est mathématique »... [...] On se sent vraiment démunie parce qu'on sait pas quoi dire... pour prouver et tout... [Julie, H].

Cette prise de corps sur la patiente permet alors l'imposition d'un arrêt du travail de maintien de l'engagement, et ce sur ses différents fronts. Les pratiques alimentaires, l'exercice physique, les pratiques culturelles ou scolaires sont réglementés, voire interdits dans le cas de l'exercice physique ou du travail scolaire. Ainsi les pratiques alimentaires imposées ont-elles pour but de faire reprendre du poids :

Je suis rentrée en février à l'hôpital... On m'a gardée quatre mois et demi [...]. Ils m'avaient fait reprendre un peu de poids [...]. Et puis tout ce qu'ils me donnaient à manger, je crois que j'ai jamais autant mangé de toute ma vie [...]. Quand je suis sortie de l'hôpital, j'avais pris du poids parce qu'ils m'avaient tellement bourrée que... [...]. On se bourrait, quoi, j'avais vraiment jamais autant mangé, quatre repas par jour, féculents midi et soir, du pain... [Sidonie, H].

Les dépenses physiques sont surveillées, le sport ou l'exercice physique tout particulièrement, mais dans certains cas c'est plus généralement toute activité physique qui peut être contrôlée et interdite : « Je me souviens qu'une fois j'étais en train de dessiner, je me suis fait engueuler : "Ouais tu te rends pas compte, là tu t'es assise pour dessiner, tu es en train de dépenser des calories, qui t'a donné l'autorisation de t'asseoir ?" » [Camille, C].

Enfin, le travail scolaire est lui aussi réglementé et réduit, voire interdit :

Mais j'avais pas le droit de travailler non plus à l'hôpital [...]. À l'hôpital en fait, on m'a toujours empêchée de travailler, on empêche toutes les anorexiques de travailler pendant une longue

période, de s'intéresser à quoi que ce soit, de sortir, de se cultiver, d'avoir des bouquins... Tout ça c'est interdit... [...] Disons que pendant la première partie, pendant l'isolement, c'est interdit... Enfin ça dépend des cas, mais moi je lisais mille pages par jour, ils m'ont dit : « Bon ben stop, quoi, plus de bouquins »... [Camille, C].

Mais ça a été dur cette année de rien faire... Enfin j'ai suivi des cours, pour ma culture générale et tout ça mais... ils disent ici que j'ai fait beaucoup, mais... enfin, je trouve vraiment que c'est pas grand-chose... [...] Parce que je travaillais tout le temps, parce que... j'étais tout le temps le nez dans les bouquins et tout ça [...]. Donc ça c'est dur aussi, arrêter de... [...] ben de tout le temps travailler, travailler, travailler [Christine, C].

Ici [à l'hôpital], dès que je travaillais plus d'une heure, c'était « halte-là ! » et vent de panique... [...] Y'a eu une période c'était à la limite délirant... Quand on est en première, on peut quand même moins se permettre que quand on est en sixième de loper trois mois d'école... quand je faisais un devoir de français, forcément je peux pas le faire en faisant un quart d'heure par-ci, un quart d'heure par-là... déjà j'essayais de les faire en deux heures alors que normalement ça se fait en quatre heures... Et c'était : « Oh là là, Mathilde tu as trop travaillé, là tu travailles pas »... Et puis y'avait d'autres trucs, même si j'avais un certain recul, y'avait des fois où je préférerais aller dans les bouquins qu'aller faire du collage... Même si c'est un service qui est adapté aux adolescents, qui propose plein de trucs super, qui s'investit vraiment beaucoup, mes copines, quand elles ont du temps libre, elles vont pas faire du collage ou du dessin... Je m'y suis remis, bon, moi ça me faisait rigoler... Le premier mois, j'ai vraiment eu beaucoup de mal... La première semaine, quand on m'a dit : « Allez viens Mathilde, y'a des dames qui sont venues pour te faire faire des [colliers de] perles »... là je me suis dit : « Dans quoi je me retrouve ? ! » Mais bon, je me suis rendu compte que j'avais besoin de me reposer aussi... Mais quand il a fallu reprendre les cours, trente heures par semaine, et rattraper... Et là j'avais plus le temps de faire des colliers de perles ! Non pas que les colliers de perles me manquaient... [Mathilde, H].

Ce premier temps consiste donc en un coup d'arrêt du travail de l'engagement, rendu possible par la situation hospitalière et plus spécifiquement par la difficulté voire l'impossibilité du travail de maintien envers et contre la surveillance mené lors de la troisième phase de la carrière. L'institution vise – explicitement et dans un but thérapeutique – à faire lâcher prise à la patiente.

Pour désigner ce premier temps, les interviewées emploient des termes qui évoquent la façon dont la situation hospitalière s'oppose radicalement à la force d'inertie du travail et des dispositions des phases antérieures de la carrière (« lâcher les rênes », « légumer »...). Le coup d'arrêt du lâcher prise s'exerce de plein front sur la « vitesse » acquise lors des phases précédentes :

J'étais complètement paumée en fait à l'hôpital, j'avais tout perdu [...]. Tous mes goûts et tout... J'avais plus le droit de faire du sport, j'avais plus le droit de lire, j'avais plus le droit de travailler... Enfin, j'avais que le droit de *légumer* et c'était tout le contraire de ma vie depuis quinze ans [Camille, C].

J'avais l'impression que j'arrivais plus à... me contrôler... Donc j'étais en pleine perte de vitesse, j'étais en pleine interrogation... Je comprenais pas trop pourquoi ça m'arrivait, comment ça m'arrivait, pourquoi maintenant... Pourquoi est-ce que *je me lâchais* tout d'un coup comme ça... [Yasmine, C].

Et... J'ai vraiment l'impression de *lâcher les rênes* quoi... De plus fonctionner comme avant, et ça c'est vraiment un déchirement... Parce que... L'impression de perdre le contrôle, et ça... J'ai du mal à l'accepter, à le supporter... [Christine, C].

Le travail de l'institution sur la patiente s'oppose donc point par point au travail effectué par les interviewées lors des phases précédentes de la carrière : à la diversité des fronts de la prise en main répond un contrôle de tous ces domaines, au travail sur les goûts l'interdiction des activités appréciées, à la vitesse acquise un coup d'arrêt brutal, au travail sur le temps un emploi du temps dicté de l'extérieur, au régime de vie choisi un régime de vie imposé totalement par une institution. Le travail institutionnel d'arrêt se fait donc à la hauteur du travail de maintien de l'engagement qu'il vise à interrompre.

### *Accepter d'être « prise en charge » : la remise de soi*

Si l'hôpital obtient la coopération de la patiente, et à mesure que le point de vue de l'hôpital sur elle-même est adopté, cette rupture dans le travail du maintien de l'engagement peut devenir un objectif pour la patiente elle-même qui fait alors de la situation institutionnelle un guide de conduite à suivre. L'imposition du point de vue de l'hôpital sur soi vise à faire

intérioriser la légitimité du travail hospitalier sur la patiente, et à susciter une remise de soi à la prise en charge hospitalière : « J'avais envie de me faire contrôler... Et j'allais à l'hôpital pour ça, quoi, en me disant : "J'aurai plus de choix à faire, j'aurai plus rien à faire"... Je voulais me laisser [aller] tranquillement comme une vache qui broute dans son pré » [Camille, C].

Lors de ce deuxième temps, c'est le fait de se « faire contrôler » et donc de se « laisser faire » par l'institution qui devient accepté voire souhaité. Le contrat joue un rôle important dans cette remise de soi. Pratiquement toutes les interviewées à l'hôpital ont connu, à un moment ou à un autre de leur parcours hospitalier, une hospitalisation sous contrat. Cet instrument thérapeutique est un enjeu important des « luttes de traitement » entre orientations différentes, mais il est utilisé dans des services se réclamant d'approches diverses<sup>13</sup>. Le contrat est le plus souvent un document écrit, qui établit les conditions et les modalités de l'hospitalisation (et de la sortie de l'hôpital), et peut par exemple mettre très précisément en regard une gradation d'objectifs à remplir par la patiente (en termes pondéraux tout particulièrement) et les « privilèges » (au sens que la sociologie américaine de la psychiatrie donne à ce terme) auxquels ils donnent accès dans l'enceinte de l'institution. L'usage répandu du contrat peut être mis en rapport avec l'extension de la norme d'obtention du « consentement » des patients. Il doit aussi être envisagé plus précisément comme une technique centrale dans la remise de soi à l'institution qui est exigée de la patiente. L'écrit institutionnel (le contrat, mais aussi dans certains cas les menus rédigés par exemple) doit se substituer aux habitudes passées, comme un programme écrit au sens pratique incorporé<sup>14</sup>. Tout se passe comme si, en fournissant un guide impératif des comportements, l'institution indiquait aux patientes : « Pour agir – savoir quoi manger ou quoi faire –, ne suivez plus la pente de vos dispositions anorexiques, qui sont pathologiques, mais remettez-vous en à ce

---

13. Pour une analyse de ces « luttes de traitement » autour du contrat (outil pivot de l'approche comportementale, outil critiqué mais cependant parfois utilisé et réinterprété dans une optique psychanalytique par exemple), voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse citée, p. 80-90.

14. Sur l'écriture comme rupture « avec la logique pratique d'effectuation des pratiques », voir B. LAHIRE, *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Nathan, Paris, 1998, p. 137-167.

que l'institution vous dit de faire en suivant le guide de conduite que l'institution fournit et impose. » Dans les entretiens en effet, c'est le fait de « ne pas se poser de questions » qui définit la situation sous contrat. Le contrat devient donc un véritable substitut au sens pratique :

Donc j'ai été hospitalisée, dix jours, et j'ai perdu huit kilos en dix jours, donc j'ai été envoyée en psychiatrie, donc je suis partie [dans un hôpital], j'y suis restée quatre mois, donc là... ben là c'est facile, c'est un contrat [...] : tu manges, tu grossis, tu peux voir tes parents, après tu peux avoir des contacts, donc tu manges, forcément, tu te poses pas des questions, tu manges [Christine, C].

Et franchement, une fois qu'on est à l'hôpital, on connaît les règles, on sait qu'on doit bouffer son plateau, on se pose plus de questions et puis voilà quoi [...]. [Maintenant] moi on m'a demandé de faire trente-neuf [kilos], et puis c'est tout quoi, je me pose plus de questions, je fais trente-neuf [Camille, C].

Ainsi, parallèlement à la remise en questions de l'identité évoquée plus haut, l'hospitalisation peut être le moment d'une remise de soi qui est définie par l'absence de « questions » sur les pratiques. Lorsque l'hospitalisation comporte des consultations en diététique, cette remise de soi à l'institution se traduit aussi par le suivi des directives diététiques :

MD : – Et ça fait combien de temps que t'es là ?

Louise : – Cinq semaines. Mais... je me faisais suivre par des psychologues, par des psychiatres avant de venir ici, et j'avais compris qu'il fallait absolument que je grossisse mais j'y arrivais pas. C'était pas la volonté qui... mais je savais pas quoi manger, je savais pas comment m'y prendre... Alors bon, je me suis dit l'hospitalisation ce sera pas si mal, je vais me faire suivre par une diététicienne, elle va me dire ce qu'il faut que je mange [Louise, H].

C'est vrai que [les prescriptions de la diététicienne de l'hôpital] ça m'a un peu réconfortée dans l'idée... "si une diététicienne te propose ça comme menu, c'est que c'est un menu équilibré qui te fera prendre le poids qu'il faut sans que ce soit trop"... je préférerais suivre ses conseils à elle plutôt que de manger à ma guise, sans suivre de conseils... [...] Donc là on a commencé par des très petits repas, avec surtout des légumes, pas trop d'assaisonnement et tout ça... Puis bon de semaine en semaine elle est remontée, alors au début les premières semaines c'était un peu dur quoi l'augmentation, ça me paraissait un peu beaucoup, mais bon ça me paraissait,

c'était dans la tête quoi, quand j'avais beaucoup de volume dans l'assiette je me disais : « Oh là c'est beaucoup », et parfois je me disais : « Tu vas lui dire d'augmenter un peu moins vite », bon en fait ça passait bien donc je disais rien. Puis après ça s'est assez vite passé, je suis vite arrivée à des... quantités... (rires)... Mon poids a augmenté [...]. J'étais prête à obéir quoi [Julie, H].

L'« obéissance » dont parle Julie consiste donc à s'en remettre à l'institution comme à un guide de conduite impératif et non à suivre ses propres penchants à l'action, que l'imposition du point de vue hospitalier a redéfinis comme pathologiques.

« *Se reprendre en main* » :  
*le retournement des catégories*

Le traitement en hôpital est désigné, par les médecins et les patientes, par le terme de « prise en charge ». Christine substitue à ce terme celui de « prise en main » pour désigner les processus évoqués ci-dessus, en faisant ainsi communiquer carrière anorexique de « prise en main » et parcours médical de « prise en charge » : « Je crois que la prise en main qu'on a dans un hôpital psychiatrique est cruciale » [Christine, C]. Ce que suggère ce double registre, c'est que la « prise en charge », pour être efficace, doit pouvoir susciter une « reprise en main » de la part de la patiente elle-même. Cette « reprise en main » implique un nouveau travail. Dans ce troisième temps du processus, il ne s'agit plus seulement de s'en remettre à l'institution et de se laisser guider et agir par elle, mais bien de participer activement au travail opéré par l'institution en travaillant ses propres pratiques. Ce travail est défini comme étant particulièrement difficile, dans la mesure où il s'agit de s'obliger à aller contre les habitudes antérieures. L'hôpital puis la patiente définissent donc les dispositions (anorexiques) à agir comme des dispositions à combattre, des « mauvaises habitudes » au sens de B. Lahire<sup>15</sup> :

---

15. « Le "c'est plus fort que moi", qui caractérise les dispositions (en tant que propensions, inclinations), peut prendre diversement la forme individuelle d'une *passion* (disposition + forte appétence), d'une simple *routine* (disposition + absence d'appétence ou indifférence) ou même d'une *mauvaise habitude* ou d'une *sale manie* (disposition + dégoût, rejet, résistance eu égard à cette disposition) », B. LAHIRE, *Portraits sociologiques, op. cit.*, p. 414. L'hôpital cherche donc à créer une situation où les dispositions anorexiques seraient « détruites par un travail systématique de contre-socialisation »,



C'est plus difficile d'aller bien que d'aller mal... [...] Aller mal c'est... une espèce de train que je connais par cœur quoi... [...]. C'est plus facile de contrôler [...]. C'est ça que j'essaye de retrouver petit à petit, d'essayer de me remplir, de... Mais c'est difficile parce que c'est pas habituel en fait... Pendant trois ans j'ai vidé, essayé de tout retirer... [Christine, C].

Mais finalement pour moi là maintenant c'est plus facile de perdre [du poids] que de prendre [du poids]... Alors qu'avant [l'anorexie] c'était plutôt le contraire... [Priscille, C].

Et c'est beaucoup plus facile de retourner là-dedans [dans l'anorexie] que de continuer à manger, de se forcer [Camille, C].

C'est un grand flot, une grosse vague qui nous emporte [...]. Et justement, pour aller dans le sens inverse de la rivière c'est... c'est super dur quoi... Parce que suivre le courant, c'est beaucoup plus facile... [Isabelle, C].

Le remodelage des habitudes exige donc un travail actif, qui n'est pas seulement l'abandon des pratiques antérieures. Les interviewées s'engagent en effet dans une nouvelle entreprise de modification de soi, impliquant de combattre activement les dispositions ayant résulté des phases précédentes de la carrière et de travailler à acquérir d'autres dispositions. Il s'agit de se contraindre à aller contre des dispositions qui sont là encore présentées comme véritablement incorporées :

Yasmine : – Maintenant je me mets à la cuisine, de temps en temps, avec ma sœur... [...] En fait le truc, la technique, c'est de pas regarder. Mettre [du beurre], puis [regarder] de côté, « ouais c'est bon », point à la ligne. Couper toute sorte de réflexion après, quoi, ligaturer un nerf, je sais pas !

MD : – Le nerf des réflexions ? !

Y : – Ouais... Voilà, vraiment, couper une partie du cerveau [...]. Mais des fois c'est dur quand je suis seule... [Yasmine, C].

Déjà, ça fait trois ans que je ne mange ni chocolat ni fromage, et franchement [maintenant] quand je suis au self ça m'arrive... Je déteste ça, mais je me dis "ah ouais tu détestes ça, mais fais pas la fière, tu vas y arriver, à manger" [...]. Et pourtant je mange... Et ça c'est le plus dur parce que je me dis « [...] force-toi à manger », et ça c'est le moment le plus dur en fait, et c'est le moment que j'avais tous les jours à l'hôpital [Camille, C].

Point de rupture par rapport à un « avant », remodelage volontariste des pratiques et à terme des dispositions, travail sur les goûts : de ce point de vue, ce nouveau travail apparaît comme un travail symétrique de la prise en main initiale. Son succès ou son échec sont mesurés à l'efficacité du « allez hop ! » ou du « bon, allez ! » que les interviewées s'adressaient à elles-mêmes et qui marquaient, dans la première phase, le début de la prise en main :

C'était... vraiment dur, j'arrivais pas à me dire « *bon allez* », je voulais m'en sortir mais chaque fois que j'arrivais devant mon assiette... [Louise, H].

Y'a des jours où je me dis, « mais bouge-toi ! » [...] Mais moi je suis tout à fait capable maintenant dans une soirée de me dire, « *allez hop* » [...] et là je mange exactement comme mes copains... Et là c'est vachement agréable, et on sent que c'est là, en fait, le progrès, mais c'est pas encore assez parce que là c'est quand je suis avec les autres : quand je suis seule, ça marche pas [Camille, C].

C'est un peu se dire : « *Bon allez*, on met du beurre Yasmine, on met du beurre »... [rires] [Yasmine, C].

C'est donc bien ici d'une nouvelle entreprise qu'il s'agit, marquée par des pratiques homologues et exprimée au moyen des termes mêmes qui désignaient le premier engagement. Ce nouveau travail de rupture produit un retournement complet des catégories descriptives de la prise en main initiale. La première prise en main consistait en un travail de rupture par rapport à un « laisser-aller » antérieur. Or c'est ce même premier engagement, et ses effets qui deviennent « laisser-aller » à la pathologie :

« [On commence par un régime], puis après on *se laisse aller*... » [Julie, H].

« Et puis bon, un jour [une amie à elle] a repris du poids et moi après je ne me suis pas arrêtée de maigrir... [...] Je me suis un peu *laissée aller* » [Émilie, C].

La remise de soi à l'institution devient un moyen de combattre ce *laisser-aller* à des habitudes qui sont devenues la pente principale des comportements :

Je veux dire, l'anorexie [...] c'est comme une tentation de tous les jours. C'est comme un truc contre lequel on doit se battre tous

les jours, et c'est assez... C'est dur... Honnêtement, je préfère encore... c'est pour ça que je préfère être ici. Je veux dire, au moins y'a des gens pour gérer ça... Pour dire quand est-ce que ça va pas, quand est-ce que... Au moins je sais que même si je me *laisse aller*, ou si il y a des moments où je vais vraiment sombrer, y'aura des gens qui seront clairs dans leur tête et qui vont me dire : « Là ça va pas. » Mais sinon moi, je sais que j'ai pas cette notion encore dans la tête... Et je sais aussi que j'en ai assez de gérer... mais je peux pas, j'ai géré ma maladie, je pense pas que je pourrais gérer ma guérison. Donc... autant avoir quelqu'un sur qui me reposer... [...] Je sais qu'ils font pas tout, hein, mais c'est toujours ça [Yasmine, C].

Enfin, il peut s'agir alors de « se reprendre en main » pour échapper à ce « laisser-aller » pathologique, ce qui constitue l'effort du remodelage des pratiques et des dispositions décrit ci-dessus. La trajectoire des hospitalisations et des rechutes peut être lue comme une oscillation entre deux ensembles de dispositions, les dispositions anorexiques et les dispositions hospitalières, et entre deux « prises en main », l'une définie comme « pathologique » (le premier engagement) et l'autre de rupture et de sortie d'anorexie (le deuxième engagement). Les « rechutes » qui sont évoquées dans les récits des interviewées constituent des sorties de cette deuxième carrière d'engagement initialisée par l'hospitalisation. Elles se font selon une modalité homologue aux sorties de carrière à la fin de la première phase de la carrière étudiée : des arrêts de la reprise en main accompagnés d'un retour aux dispositions antérieures. On peut illustrer les oscillations entre ces deux ensembles de dispositions et l'imbrication des premier et deuxième engagements avec cet extrait d'entretien, commenté entre crochets, où Sophie fait le récit de sa trajectoire médicale :

Et après, là où j'ai vraiment recommencé à m'alimenter correctement c'est [lors d'une première hospitalisation en pédiatrie] à partir de là je me suis dit : « Bon ben je vais essayer de *remonter la pente* », je me suis mise vraiment à me réalimenter correctement [travail de lutte contre les dispositions anorexiques] [...] c'est-à-dire que je mangeais de tout, je mangeais tous mes plateaux, je laissais une miette, en me disant : « J'ai laissé une miette dans mon plateau », je regardais le petit point, je me suis dit "je vais essayer de pas trop me traumatiser quand même", bon... [remise de soi à l'institution : les plateaux indiquent ce qui doit être mangé]

comme substitut aux dispositions anorexiques]. Mais sinon, nickel, mes plateaux, de fond en comble ! Et après quand je suis rentrée [dans un centre de convalescence pour adolescents], je continuais, je m'alimentais quand même relativement bien, bon là c'était nous qui nous servions tout seuls, et bon ça allait relativement bien, et puis après quand je suis rentrée en vacances, pendant les deux mois de vacances, j'ai *essayé de tenir* moi aussi [i.e. toute seule], je crois pas que y'avait quelque chose de changé, mais je gardais certaines habitudes alimentaires [...], je pouvais pas *me laisser quand même aller*... [définition des dispositions anorexiques comme « laisser-aller » à la pathologie]. Je gardais quand même, *je calquais*, j'avais pris des feuilles, enfin des menus [dans cette clinique], parce que on voyait une diététicienne, et j'avais pris les menus qu'elle faisait, c'était par semaine, et bon j'essayais de *me baser un petit peu sur ça*, parce que [...] toute seule comme ça c'était difficile [remise de soi comme substitut aux dispositions anorexiques]. Et puis après quand je suis rentrée [chez elle] [...] je ne mangeais plus de féculents, enfin bon je recommençais à faire attention et à la quantité et à ce que je mangeais, enfin la nature des aliments [...]. Moi je me sentais plus capable de faire face et pour moi y'avait quelque chose d'enclenché et, en fait, j'ai vraiment recommencé à rechuter à ce moment-là [« rechute », retour des dispositions anorexiques et de la « prise en main » initiale] [...]. [Elle est alors hospitalisée dans le service de soins intensifs de la clinique C]. Bon je me suis remise à m'alimenter [...] j'essayais de poursuivre mon petit bonhomme de chemin [...]. Et puis bon finalement je suis rentrée ici [dans le service de soins-études] [...]. Et en fait là, à partir du mois de janvier, j'ai reperdu du poids, deux kilos en dessous, et je m'en suis rendu compte, je me suis dit : « Bon ça va pas quand même, tu sais ce qui te pend au nez », enfin je savais que je pourrais repartir à l'hôpital, ou aux soins intensifs, donc je voulais pas, donc je me suis dit : « *Allez hop, faut reprendre tout ça en main* », et bon moi-même j'ai réussi à reprendre un kilo [...], j'ai réussi à *remonter la pente* [nouveau travail sur les dispositions défini comme une « reprise en main »] » [Sophie, C].

C'est le point de vue hospitalier – l'anorexie vue comme un laisser-aller à une pathologie et le fait de rompre avec les pratiques anorexiques décrit comme un effort de reprise en main – qui prédomine dans les entretiens réalisés à l'hôpital avec les patientes ayant eu, au moment de l'entretien, le parcours hospitalier le plus long. Comme on l'a vu lors des phases précédentes, le point de vue antérieur (qui présente comme prise en

main les pratiques anorexiques elles-mêmes) ne disparaît cependant pas complètement sous ce nouveau point de vue. Les deux points de vue peuvent coexister dans un même entretien où, à quelques phrases de distance, l'entrée dans la carrière anorexique est présentée comme une rupture par rapport à un laisser-aller antérieur, et l'hospitalisation réussie comme une rupture par rapport au laisser-aller à la pathologie.

La carrière analysée se déroule donc « d'une rupture à l'autre », « d'un engagement à l'autre », d'une « prise en main » à une « reprise en main », en passant par une « dé-prise en main ». L'examen de ces quatre phases a permis de faire apparaître l'existence d'un *travail* anorexique continu. La première phase est celle de l'engagement dans une entreprise de modification des habitudes s'exerçant sur deux fronts principaux, le front corporel et, dans certains cas, le front scolaire et culturel. La deuxième phase est celle du maintien de l'engagement sur ces mêmes fronts par un travail sur les instruments de mesure, les goûts et les dispositions. La troisième phase poursuit cet engagement, envers et contre les alertes et la surveillance, par un travail spécifique de discrétion et de leurre. Enfin, lors de la quatrième phase, le travail de l'institution sur la personne peut se traduire par l'engagement des patientes dans un nouveau travail d'arrêt du travail antérieur et de déconstruction des dispositions qui en ont résulté. Le processus central à l'œuvre est donc un *travail de transformation de soi*, de modification des dispositions et de la personne. L'engagement initial et le travail de maintien qui le poursuit se traduisent par l'incorporation de dispositions qui finissent par constituer une « seconde nature » contre laquelle se déploie le travail hospitalier. C'est alors un travail collectif sur la personne (auquel peut ou non participer la patiente) qui vise à faire disparaître ces dispositions et à leur en substituer de nouvelles.

Le cadre d'analyse fourni par les approches interactionnistes en termes de déviance, de stigmatisme ou de *label*, ainsi que par leur articulation a permis de mettre en lumière la dialectique du « faire » (l'activité anorexique) et du « être fait » (l'imposition normative), celle qui existe entre les récurrences de carrière et les variations (par exemple à travers l'analyse des entretiens du corpus lycée et des sorties de carrière), et de donner une même importance à l'activité entreprise, aux réactions qu'elle suscite

et aux effets induits par ces réactions. Certaines spécificités de la carrière anorexique en font même un objet particulièrement intéressant de ce point de vue : l'importance et la visibilité d'une véritable entreprise d'engagement et de maintien dans la carrière, l'évolution complexe des discrédits qui permet d'envisager précisément les liens entre un stigmaté et un système donné d'interactions, ainsi que l'absence initiale d'un groupe déviant et sa constitution tardive dans le cadre médical et sous contrôle hospitalier. Plus spécifique encore est l'étiquetage comme déviant du maintien de l'engagement et non de l'engagement lui-même. Deux critères, qui ont d'ailleurs fait l'objet de débats importants en sociologie de la déviance<sup>16</sup>, peuvent être utilisés pour identifier l'entrée dans la déviance : l'infraction à une norme et le processus de désignation d'un acte comme déviant. De ce double point de vue, l'engagement dans la carrière anorexique n'est pas une entrée dans la déviance, bien au contraire : il y a soumission aux normes sociales et désignation de l'acte comme vertueux. La carrière ne commence pas par une infraction à une norme, l'entrée dans la carrière n'est pas la « première fois » de l'accomplissement d'un acte étiqueté comme déviant, contrairement à la première prise de cocaïne par exemple. La question de la déviance ne se pose pas ici en termes de « commettre » ou de « ne pas commettre » initialement un acte déviant : c'est le maintien de l'engagement dans la carrière qui la fait apparaître. Bien plus, il ne s'agit pas seulement d'observer que l'imputation de déviance concerne l'application excessive ou extrême de normes (diététiques ou scolaires par exemple). Ce qui fait déviance, c'est le fait que ces normes soient appliquées *trop longtemps*, que l'engagement soit *prolongé* et ce alors même que se multiplient les injonctions à l'arrêter : c'est le fait de « continuer » qui fait déviance, et qui fait du poids (sa baisse et son niveau à partir d'un certain seuil) l'infraction principale qui déclenche le processus d'étiquetage.

Déviance bien particulière, donc, que celle qui s'enracine dans la conformité. Or, on peut faire l'hypothèse que cette dernière spécificité de la carrière n'est pas sans lien avec les propriétés sociales particulières des acteurs de cette déviance, majoritairement féminine et de classes moyennes et supérieures.

---

16. Voir par exemple sur ce point H. S. BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, chap. 10.

« être prise en charge » : s'en remettre à l'institution

Il s'agit là aussi d'une spécificité de la carrière anorexique, car l'étude des déviations s'est souvent concentrée sur des déviations plutôt masculines et populaires<sup>17</sup>. Traiter de cette spécificité est l'objet de la dernière partie de cet ouvrage.

---

17. À l'exception des travaux portant explicitement sur les déviations féminines (recensés par E. SCHUR dans *Labeling Women Deviant. Gender, Stigma, and Social Control*, McGraw-Hill, New York, 1984, qui dénonce par ailleurs la place limitée accordée à leur analyse sociologique) ou par exemple sur la « criminalité en col blanc ».

### *III*

---

## *L'espace social de la carrière anorexique*



---

## L'espace social de la transformation de soi

Après avoir présenté l'anorexie comme une carrière, il est possible de resituer cette carrière non plus seulement dans une durée mais dans un espace social, de faire apparaître et de reconstruire la topologie sociale de la carrière anorexique : après le « ce qu'elles font », la mise en espace social de ce qu'elles font, après l'analyse du « trajet », celle de la « structure du réseau » dans lequel il s'inscrit comme « autant de *placements* et de *déplacements* dans l'espace social<sup>1</sup> ». Plus précisément, et pour achever de filer la métaphore ferroviaire, on s'attachera à reconstituer le type de ticket nécessaire à un tel trajet, c'est-à-dire les conditions sociales de possibilité, nécessaires mais non suffisantes, de son accomplissement (« quelles sont les propriétés sociales qui rendent *possible* l'activité anorexique telle qu'elle a été décrite ? »). On les fera apparaître en rapportant la carrière aux spécificités du recrutement des anorexiques telles qu'elles apparaissent dans l'enquête et telles qu'elles ont été identifiées par l'épidémiologie<sup>2</sup> : la forte prédominance féminine, celle de la tranche d'âge adolescente et l'origine sociale moyenne ou supérieure des anorexiques, en tentant

---

1. P. BOURDIEU, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 71-72.

2. Voir par exemple S. LEDOUX, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires », in B. SAMUEL-LAJEUNESSE, Ch. FOULON, *Les Conduites alimentaires*, Masson, Paris, 1994, p. 53, et M. FLAMENT, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires », in F. ROUILLON, J.-P. LÉPINE, J.-L. TERRA (éds), *L'Épidémiologie psychiatrique*, J.-P. Goureau, Paris, 1995, p. 215-217.

notamment d'articuler les variables de classe et de genre<sup>3</sup>. Cette mise en espace social de la carrière anorexique n'est pas équivalente à l'analyse de la socialisation familiale des anorexiques, pas plus qu'elle ne se donne pour but de distinguer, au sein d'un ensemble d'individus partageant les mêmes propriétés sociales, ceux susceptibles de s'engager dans une telle carrière de ceux qui ne le seraient pas. Il s'agit bien plutôt, une fois reconstruite l'activité anorexique, d'analyser ce qui, dans les combinaisons de propriétés sociales qui définissent structurellement le recrutement des anorexiques, peut jouer comme condition de réalisation de la carrière.

Ce chapitre vise ainsi à réinscrire le travail de transformation de soi, apparu lors de l'analyse des deux premières phases de la carrière, dans l'espace social (le chapitre suivant s'assignera le même objectif en ce qui concerne la phase hospitalière). On a pu voir que la carrière anorexique s'organisait autour d'un processus de transformation de soi, non seulement en termes de poids mais également, selon les fronts de la prise en main, de transformation plus générale de l'apparence physique, des goûts et des dégoûts alimentaires et corporels, ou du niveau scolaire. La mise en espace social de ce travail de transformation implique de réinscrire les pratiques alimentaires, sportives et scolaires des enquêtées dans l'espace social des goûts et des pratiques (qui est aussi un espace des jugements sur les goûts et les pratiques)<sup>4</sup>. Mais il s'agit aussi d'analyser (au sens chimique du terme, c'est-à-dire en faisant apparaître ses différentes composantes) l'ensemble de dispositions et de croyances qui sous-tend et guide le travail de modification de soi : un ethos de tension, orienté vers l'excellence, voire l'exceptionnalité sociale.

---

3. Pour donner une idée des positions sociales dans le corpus d'entretiens, on peut en présenter deux extrêmes. Parmi les familles les plus dotées, celle d'[Anne, H] : père chef d'entreprise (math sup, math spé, école d'ingénieurs), fils de directeur d'une entreprise automobile, mère ingénieur (math sup, math spé, école d'ingénieurs), fille d'un propriétaire d'une maison de chaussures et d'une femme de ménage. Parmi les familles relativement les moins dotées, celle de Sidonie : père restaurateur (propriétaire, titulaire du baccalauréat), fils d'ouvriers dans les chemins de fer, mère aidant le père pour le restaurant, niveau terminale, fille de couturiers. Comme on peut le voir, l'écart entre ces deux familles, tout en étant significatif de manière relative au corpus, est plus réduit au regard de la structure sociale tout entière.

4. On fera ici appel, plus qu'auparavant, aux discours tenus « sur » les interviewées et aux observations réalisées *in situ*. Pour rendre compte de cette modification du statut de l'analyse, le terme d'« enquêtées » (pour « enquêtées en tant qu'anorexiques ») sera préféré à celui d'« interviewées » utilisé dans la partie précédente.

## **Le travail anorexique : des pratiques situées dans l'espace social**

L'analyse de la carrière anorexique a fait apparaître que le travail de transformation de soi s'engage sur les deux domaines principaux du corps et du scolaire. Dans un premier temps, on peut envisager la position dans l'espace social des pratiques qui composent l'entreprise consistant à « se faire un corps » et « se faire une culture ». Les comportements alimentaires des anorexiques, leurs activités sportives ou scolaires (envisagées sous une même rubrique d'« hyperactivité ») sont habituellement rapportées à la pathologie : c'est parce qu'elles « sont anorexiques » qu'elles « font » ces choses-là. Dans l'optique qui est celle de ce chapitre, on s'attache en revanche à réinscrire ces pratiques dans l'espace social des corps, des jugements sur le corps et des rapports différenciés au corps, et celui des productions scolaires, des jugements sur ces productions et des rapports différenciés au scolaire. On peut ainsi montrer que les pratiques que l'on a fait apparaître lors de l'examen de la carrière sont des *pratiques socialement situées*, et que le travail de transformation que l'on a mis en lumière est un *travail socialement orienté*.

### *Se faire un corps*

L'expression « se faire un corps » rend bien mieux compte du processus social à l'œuvre dans la carrière que la simple notation technique du verbe « maigrir ». Le corps est véritablement travaillé par des pratiques alimentaires, sportives et d'entretien du corps qui ne sont pas neutres socialement. En ce qui concerne les pratiques alimentaires, on peut tout d'abord observer que la sélection des aliments, ainsi que le travail sur les goûts et les dégoûts alimentaires identifiés dans la deuxième partie ne sont pas seulement des pratiques restrictives, de simples techniques de perte de poids : elles ne se distribuent pas au hasard dans l'espace des consommations alimentaires. Même si le principe de sélection le plus évident et peut-être le plus opérant est leur teneur calorique, les aliments préférentiellement consommés sont du côté des goûts dominants dans le diagramme de l'espace des consommations alimentaires construit

par P. Bourdieu<sup>5</sup> : ainsi du poisson, des fruits et légumes frais<sup>6</sup> (sauf la banane, fruit calorique mais également « seul fruit populaire<sup>7</sup> »), ou des laitages (on peut noter, en ce qui concerne ces derniers, que la forte augmentation de leur consommation n'a pas réduit les différences de consommation entre les catégories sociales qui se sont juste reportées à un niveau plus élevé<sup>8</sup>). Les aliments consommés se trouvent du côté du « fin », du « maigre », du « léger », du « raffiné », du « naturel », du « sain », du « cru et [du] grillé », termes qui sont très souvent employés par les enquêtées elles-mêmes pour définir leurs choix alimentaires. En revanche, les aliments restreints puis supprimés sont ceux qui caractérisent les goûts populaires dans le même diagramme (le « gras », le « lourd », le « nourrissant », avec la charcuterie ou le pain), mais également les goûts qui sont du côté d'un capital économique important et d'un capital culturel moindre (le « riche », le « gras », avec par exemple les pâtisseries). Restreindre l'alimentation ne signifie donc pas seulement restreindre la quantité d'aliments consommés au hasard de l'échelle sociale des aliments, mais bien sélectionner certains aliments et certaines de leurs propriétés, caloriques et sociales, aux dépens d'autres. La perception des apports « caloriques » des aliments est en effet loin de se limiter à des aspects techniques et nutritionnels : « Parmi les aliments qui sont réputés "faire grossir", [les classes moyennes et supérieures] évitent bien plus souvent ceux qui sont perçus comme "communs" (en fait ceux qui sont surconsommés par les paysans et les ouvriers) qui jouent alors comme repoussoirs et deviennent des boucs émissaires<sup>9</sup>. »

Cette dimension apparaît nettement dans les descriptions que font certaines des enquêtées des modifications intervenues suite au travail sur les goûts opéré au fur et à mesure de la carrière :

---

5. P. BOURDIEU, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979, p. 209.

6. Les fruits, les légumes verts et les poissons sont aujourd'hui encore « peu représentés dans le panier de la ménagère pauvre », N. HERPIN, N. MANON, « Approvisionnement, menus et obésité dans les foyers les plus pauvres », in S. LOLLIVIER, D. VERGER, « Pauvretés d'existence, monétaire ou subjective sont distinctes », *Économie et Statistique*, n° 308-309-310, 1997.

7. C. GRIGNON et Ch. GRIGNON, « Styles d'alimentation et goûts populaires », *Revue française de sociologie*, vol. XXI, n° 4, 1980, p. 533.

8. C. GRIGNON et Ch. GRIGNON, « Long-term trends in food consumption : a french portrait », *Food and Foodways*, 1999, vol. 8, n° 3, p. 157.

9. *Ibid.*, p. 168.

MD : – Mais par rapport à avant justement, y'a eu des changements dans ton alimentation, y'a des trucs que tu mangeais pas...

Priscille : – Ouais. Y'a eu beaucoup de changements... Je me suis découvert des passions pour les crustacés, pour les poissons, alors qu'avant j'aimais pas tout ça, je détestais ça [Priscille, C].

Émilie décrit ainsi un véritable trajet dans l'espace des consommations alimentaires :

MD : – Et justement en fait, si tu devais faire un peu l'histoire de tes comportements alimentaires, comment ça se... Je sais pas, comment tu mangeais avant, comment tu t'es mise à manger pendant...

Émilie : – Alors avant... J'allais au McDo... J'adorais les frites, j'adorais les plats en sauce ! [...] Je pouvais manger... je sais pas, un truc avec plein de béchamel, enfin bon n'importe quoi... On m'aurait fait avaler n'importe quoi... Bon, à part les choses que j'aimais pas, les huîtres, les trucs comme ça... Mais j'aurais mangé... Ben par exemple, quand j'allais chez mon père à quatre heures je me faisais toujours mon sandwich, saucisson-beurre-cornichon... [...] [Aujourd'hui] je vais manger plus facilement des légumes que des féculents [...]. Je suis très poisson en fait... Le poisson ça y'a pas de problèmes !

MD : – Et ça t'aimais ça avant ?

E : – Le poisson ? Non, j'étais pas poisson... J'étais pas poisson [...]. Par contre, on me fera plus aller au McDo... [...] Mais par exemple [aujourd'hui] j'aime aller au restaurant, goûter des choses que j'avais jamais goûtées... [...] Par exemple la dernière fois on est allés à un Indien, et on a mangé... Moi j'aimais pas, j'aimais pas les crevettes, j'aimais pas les trucs comme ça... Et là il y avait des gambas au lait de coco, un truc comme ça, eh ben j'ai pris ça ! [Émilie, C].

Or, on peut interpréter ce trajet comme une élévation sociale des goûts d'Émilie, depuis les plats en sauce et le sandwich au saucisson (« mijoté », « gras », « lourd », « bon marché », « charcuterie », « porc » dans le diagramme évoqué ci-dessus) jusqu'au poisson et aux « gambas au lait de coco » (« raffiné », « léger », « recherché », « exotique » dans ce même diagramme). Il se joue donc ici autre chose que la simple réduction calorique : une transformation *sociale* des goûts alimentaires au profit d'un modèle dominant. Cette modification des goûts pourrait toutefois n'être envisagée que comme un pur effet

d'âge : le passage de goûts adolescents régis par l'appartenance à la classe d'âge à des goûts adultes pour lesquels l'appartenance à la classe sociale joue plus nettement. Mais ce serait oublier que la spécificité de cette transformation est son caractère volontariste : c'est, pour les enquêtées, une véritable entreprise de modification des goûts qui les conduit à opérer leur sélection des aliments. On peut d'ailleurs rapprocher ce « trajet » alimentaire d'Émilie de celui décrit sur le front vestimentaire par Yasmine, citée au chapitre 4 (elle s'est mise à s'habiller « beaucoup plus chic-chic ») ou par Louise : « J'essayais de changer de style [...]. Des robes ou des jupes, mais pas de jeans, des pantalons mais [je ne mettais] plus de jeans, plus de jogging, plus de baskets... des chaussures hautes... Moins de tee-shirts... » [Louise, H]. Tout comme les goûts alimentaires, les goûts et l'apparence vestimentaires sont travaillés vers le haut de l'espace social et en rupture avec ceux qui sont attribués à la classe d'âge (manger « n'importe quoi sauf les huîtres », mettre des jeans, des joggings ou des baskets).

Le travail effectué sur les goûts et les dégoûts alimentaires, mis en évidence dans la deuxième partie – le fait de se dégoûter de certains aliments, mais aussi d'apprendre à coder comme positives les sensations de « ventre vide » et comme négatif le fait de se sentir repue –, trouve donc ici un nouvel éclairage : « Les sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale, la part des individus qui les sélectionnent et les attribuent à la classe des sensations morbides – sensation de “lourdeur”, de “mal au cœur”, de “nausées”, d’“assoupissement”, et d’“encombrement”, etc. – plutôt qu'à celle des sensations euphoriques de la réplétion digestive – sensations d'être “calé”, d'être “rempli”, de “repandre des forces”, etc. – croissant régulièrement quand on passe des classes populaires aux classes supérieures<sup>10</sup>. » Avec le travail sur les goûts, les enquêtées se forgent donc, de manière volontariste, un principe de perception des sensations digestives et corporelles qui est tendanciellement celui des classes supérieures.

---

10. L. BOLTANSKI, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, vol. 26, n° 1, 1971, p. 211.

Ainsi, tant les modalités des consommations alimentaires que les aliments consommés au cours de la carrière *orientent* le travail effectué sur le corps vers des usages dominants de ce dernier. L'importance de la « forme » (des consommations alimentaires, des repas, du corps) au mépris de la « substance » (des aliments) prend ainsi un sens particulièrement concret dans le cas de l'alimentation anorexique : « Dans un cas [le goût populaire] la nourriture est revendiquée dans sa vérité de substance nourrissante, qui tient au corps et qui donne de la force [...] dans l'autre cas, la priorité donnée à la forme (du corps par exemple) et aux formes porte à reléguer au second plan la recherche de la force et le souci de la substance, et à reconnaître la vraie liberté dans l'ascèse électorale d'une règle à soi-même prescrite <sup>11</sup>. » La sélection drastique des aliments, mais aussi le fait de jeter de la nourriture ou d'en laisser constamment dans l'assiette (pratiques décrites par les enquêtées) dénotent une posture de renoncement à la nourriture qui s'inscrit à l'opposé des pratiques alimentaires féminines et ouvrières décrites par O. Schwartz : « Bien des femmes à qui un "régime" est conseillé se refusent à le suivre, parce que la nourriture est un droit acquis, une victoire sur la frustration, dont le renoncement est mal supporté <sup>12</sup>. » Cette inclination constante à « se priver » distingue de façon quasi polaire les pratiques anorexiques de la culture alimentaire populaire : « [Pour les ouvriers] manger le mieux ou le moins mal possible est une obligation, presque un devoir ; se priver serait s'exposer directement à toute une série de "défaillances" et de sanctions à la fois physiques et sociales [...]. Le langage populaire ne cesse de rappeler qu'il faut manger pour "tenir le coup", "tenir le choc", "garder le moral", bref qu'il faut manger sous peine de se sous-prolétarianiser <sup>13</sup>. »

La relégation de la substance s'accompagne également d'une importance particulière donnée aux formes des repas. Ainsi, dans la majeure partie des descriptions faites par les enquêtées, la forme des repas est conservée même si leur contenu est réduit à très peu de chose (« Je sautais pas de repas, mais c'était infime [dans les quantités], couteau-fourchette-verre »

---

11. P. BOURDIEU, *La Distinction*, op. cit., p. 221.

12. O. SCHWARTZ, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, PUF, Paris, 1990, p. 479.

13. C. GRIGNON, Ch. GRIGNON, « Styles d'alimentation et goûts populaires », art. cit., p. 548.

[Yasmine, C]), les horaires des repas sont très stricts et impératifs, les aliments peuvent être esthétisés à travers leur présentation ou leur caractère exotique :

J'ai commencé à sélectionner... Fallait que ce soit des choses qui étaient jolies à l'œil, pas des choses écœurantes, quoi... [...] Je mangeais des choses qui étaient pas écœurantes, des légumes, de la salade... J'avais l'impression que c'était plus joli [Nadège, H].

[Dans un supermarché exotique, achats de préparation du « repas thérapeutique antillais » d'un service de la clinique C] J'accompagne Hélène, elle parle beaucoup des aliments qu'on voit, elle me nomme ceux que je ne connais pas, elle m'explique qu'elle est allée plusieurs fois en vacances dans les Antilles, elle signale les marques de jus de fruits qu'elle a vues là-bas et qu'il faut donc acheter, elle regarde à chaque fois la provenance géographique précise des produits... [JT].

Pour Véronique enfin, les aliments deviennent plus acceptables dans le cadre d'un « très grand restaurant », forme qui fait ainsi « passer » la substance : « J'avais un oncle et une tante, qui, me voyant comme ça, ont essayé de m'emmener dans de très grands restaurants, parce qu'ils me connaissaient un petit peu... Et ça j'acceptais, même si en fait je ne mangeais pas pendant trois jours avant et je ne mangeais plus pendant trois jours après ! » [Véronique, I].

Le « déni » ou la « dénégalation de la faim », relevés par les médecins et les psychologues, sont donc ici susceptibles d'une autre interprétation. Les entretiens décrivent en effet, après l'effort du régime, ce que l'on pourrait appeler un « état de grâce » où la faim est soit oubliée soit domptée. Sans même avoir besoin de trancher entre la perte d'appétit « véritable » et la « dénégalation », on peut voir dans cette posture une relégation du « souci de la substance », ainsi qu'une posture élitiste qui sera envisagée plus loin : « À les entendre parler, on penserait que les membres des classes supérieures n'ont jamais faim <sup>14</sup>. » Ce positionnement des pratiques alimentaires comme pratiques de classe donne donc une coloration particulière à l'ascétisme du régime alimentaire, qui ne saurait être uniquement rapporté au genre et à l'ascétisme imposés aux femmes par le contrôle

---

14. L. BOLTANSKI, *Prime Éducation et morale de classe*, Cahiers du centre de sociologie européenne, Éditions de l'EHESS, Paris, 1984 (1969), p. 93.



patriarcal du corps féminin<sup>15</sup>. Dans les analyses de l'anorexie faisant intervenir des dimensions sociales, c'est en effet exclusivement la correspondance entre pratiques féminines de régime et anorexie qui est mise en évidence. Or on voit ici apparaître une autre forme d'affinité, celle existant entre pratiques alimentaires anorexiques et position dans l'espace des classes, laquelle, semble-t-il, a toujours été négligée. Cette dimension joue à la fois sur les méthodes du travail sur l'alimentaire, qui sont en affinité avec les dispositions des classes moyennes et supérieures, et dans la trajectoire elle-même de la carrière anorexique, qui fait passer à un cadran plus élevé dans l'espace des consommations alimentaires par une élévation volontariste des goûts.

Une analyse analogue de l'entreprise consistant à « se faire un corps » pourrait être menée sur les pratiques sportives, qui, pas plus que les pratiques alimentaires, ne doivent être réduites à leur dimension technique et utilitaire (la dépense physique et la perte de calories ne sont pas réalisées par n'importe quel type d'exercice physique). On se contentera de souligner ici que le simple fait d'entamer une activité sportive suivie, qui peut constituer l'un des fronts de la prise en main, est socialement clivant : les catégories surreprésentées dans le monde des sportifs sont les cadres supérieurs et patrons, professions libérales et intermédiaires – et ce malgré une diversification depuis les années 1960, qui laisse intacte, bien que moins marquée, la hiérarchisation sociale dans la pratique sportive<sup>16</sup>. De plus, le type de sport pratiqué correspond également à cette distribution sociale vers le haut de la hiérarchie (tennis, sports d'hiver), avec des sports par ailleurs plutôt féminins comme la danse, la gymnastique ou la natation<sup>17</sup>. À l'inverse, les sports collectifs, masculins et populaires, sont beaucoup plus rarement cités, et sont

---

15. Pour une analyse des pratiques féminines de régime comme intériorisation de la domination masculine et instruments d'une biopolitique du corps féminin, voir par exemple J. GERMOV, L. WILLIAMS, « The sexual division of dieting : women's voices », *The Sociological Review*, vol. 44, n° 4, 1996, p. 630-647.

16. J. DEFRANCE, *Sociologie du sport*, La Découverte, Paris, 2000 (1995), p. 24-25. On retrouve ce résultat en ce qui concerne les jeunes de 12 à 17 ans : plus le niveau de diplôme des parents est élevé, plus la pratique du sport est fréquente, A. MOREAU, A. PICHAULT, G. TRUCHOT, « Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans », *Stat-info*, n° 02-04, octobre 2002, p. 2.

17. *Les Pratiques sportives en France, Enquête 2000*, ministère des Sports et Institut national du sport et de l'éducation physique, 2002, p. 27-33 (« Les femmes »), p. 107-111 (« L'environnement social des pratiquants sportifs »), tableau annexe 40 (« Le niveau d'études des pratiquants par discipline »).

même souvent définis comme « détestés », ce qui montre bien que la dimension purement technique de la dépense physique (faire du sport pour perdre du poids) ne suffit pas à rendre compte du travail sur le front corporel. À l'ascétisme alimentaire correspond donc l'ascétisme sportif, décrit lors de l'analyse de la carrière et confirmé par cet enseignant d'éducation physique et sportive du lycée de la clinique :

En général, ce sont des élèves assidues à mort, [à la piscine c'est] les longueurs les longueurs [...], la distance, la régularité « plus j'en fais mieux c'est »... [...] Elles sont très demandeuses pour trouver le détail qui va les emmener vers la perfection, ce qui les intéresse c'est pas la pratique en elle-même mais la technicité... D'où, c'est sûr, elles vont avoir de bonnes performances... [...] Dans la gym au sol, ce sont de véritables poupées automates... Mais en même temps, elles rentrent dans les critères d'esthétique qu'on demande dans la gym, sans rien qui dépasse...

Comme dans le cas des consommations alimentaires, espaces des classes et des genres s'articulent pour rendre compte des modalités du travail sportif sur le corps et du corps qui est ainsi fait par ces pratiques. C'est donc bien en entrecroisant ces deux dimensions que l'on doit situer le travail de transformation de soi effectué lors de la carrière anorexique et le corps que l'« on se fait » et qui en est le produit. En se concentrant pour finir sur ce dernier, il faut remarquer justement que la corpulence corporelle est une dimension plus clivante pour les femmes que pour les hommes. L'écart de poids, à âge et taille comparables, entre les femmes cadres et professions intellectuelles supérieures et les femmes de milieu ouvrier est nettement plus accusé que celui qui oppose hommes cadres et ouvriers : « Pour les femmes, les catégories sociales se distinguent plus que pour les hommes par des différences de corpulence<sup>18</sup>. » La transformation corporelle qui est à l'œuvre est donc socialement orientée vers l'excellence, ce qui serait moins le cas pour un homme. Or, si c'est un corps dominant qui peut être recherché, comme forme d'excellence inséparablement corporelle et

---

18. M. BODIER, « Le corps change, son image aussi », *INSEE Première*, n° 356, janvier 1995, p. 3-4. Le poids moyen à âge et taille comparables est de 56,9 kg pour les femmes de milieux « cadres supérieurs, professions intellectuelles supérieures », puis augmente à mesure que l'on passe des milieux « artisans, commerçants, chef d'entreprise » à « professions intermédiaires », « agriculteurs », puis « employés », avant d'arriver à 62,5 kg pour les femmes des milieux « ouvriers ».

sociale, ce n'est toutefois pas un corps dominant qui est obtenu, mais un corps « anorexique ». L'usage de la catégorie de « trop » maigre par les proches puis l'imposition diagnostique sanctionnent, dans tous les sens du terme, l'entreprise corporelle, et se présentent comme une forme de délégitimation particulièrement forte. On retrouve un processus homologue dans le cas de la transformation culturelle et scolaire, dans la mesure où là aussi le travail effectué est tendu vers la recherche d'une excellence que les méthodes employées ainsi que l'imposition diagnostique délégitiment.

### *Se faire une culture*

Par rapport au front corporel, il est d'emblée évident que le travail de modification est socialement orienté vers l'excellence. La hausse de l'investissement scolaire prend des formes diverses : augmentation du temps passé à travailler, planification extrême du travail scolaire, volonté d'exhaustivité dans les connaissances ou les matières travaillées. À l'enjeu scolaire peut également s'adjoindre un enjeu plus largement culturel : il ne s'agit pas seulement de « se faire » un niveau scolaire d'excellence, mais de « se faire une culture en béton », c'est-à-dire légitime et irréprochable. Ainsi le travail sur le front scolaire et culturel est-il lui aussi orienté vers le haut de l'espace social. Émilie, dont on a analysé plus haut le trajet d'ascension dans l'espace des consommations alimentaires, décrit un trajet tout à fait analogue dans celui des pratiques culturelles, la faisant passer de pratiques illégitimes, « superficielles » à des pratiques légitimes et cultivées :

[Avant l'anorexie] jamais j'aurais pris plaisir à aller visiter quelque chose ! C'était, pour moi il fallait aller faire les boutiques, il fallait aller acheter des trucs, pour que je me sente bien... [...] Ça m'emmerdait d'aller au Louvre, ou d'aller voir une expo de peinture... [...] J'étais très... superficielle... [...] Je sais que maintenant il y a un énorme décalage [entre elle et ses amis d'« avant »]... Que... j'ai pas du tout la même vision des choses que mes amis... [...] [Les amis d'« avant »] se posent pas trop de questions... Ils vivent au jour le jour... Ils se posent pas de questions... [...] Ils sont pas trop musées [...]. Et ça, je suis complètement en décalage avec certaines personnes... Et avant pourtant, avant j'étais comme eux... mais maintenant j'ai changé... [...] J'ai complètement changé, quoi... [Émilie, C].

Dans cet extrait, les notations qui concernent le réseau amical confirment l'existence d'une transformation de soi qui produit les mêmes effets qu'une socialisation secondaire : le « décalage » avec ses « amis d'avant », décrit par Émilie, se traduit par un « nettoyage amical » caractéristique des modifications induites par les socialisations secondaires selon P. Berger et H. Kellner (elle ne voit plus ses amis, qui sont « restés superficiels »)<sup>19</sup>.

Les pratiques des fronts scolaire et culturel sont donc susceptibles d'être analysées comme des investissements en capitaux, orientés vers l'excellence dans ces deux domaines. En ce qui concerne plus spécifiquement le scolaire, c'est bien le « brillant » qui est visé, comme catégorie d'excellence du rapport à la culture<sup>20</sup> :

Je n'avais plus qu'une idée c'était d'[...] être la plus brillante possible intellectuellement [Véronique, I].

[Suite au travail d'obtention d'une « culture béton »] Je savais que j'arrivais à époustoufler à certains moments... Je veux dire, y'avait plus souvent des regards un peu étonnés, etc., dans le sens positif, qu'avant. Avant, j'avais plutôt l'impression d'être invisible, un peu fade quoi [Yasmine, C].

Le travail sur les fronts scolaire et culturel est donc lui aussi, et de manière encore plus évidente que le travail corporel, socialement orienté. On peut cependant ne pas en rester là et préciser l'analyse du front scolaire grâce à l'enquête réalisée dans le lycée qui jouxte la clinique C et qui accueille, au cours de leur hospitalisation, les patients de la clinique. Les entretiens effectués avec les enseignants de ce lycée permettent en effet d'approcher de manière plus riche les pratiques scolaires de leurs « élèves anorexiques », inséparablement des jugements qui sont portés sur elles. Il est vite apparu, lors de la constitution du terrain, que les enseignants définissaient un comportement scolaire spécifique aux anorexiques. Les qualités scolaires qui leur sont reconnues sont leurs résultats, parfois très bons, dans tous les cas leur capacité de travail toujours importante,

---

19. Sur la recomposition du réseau amical comme effet des transformations liées à une socialisation secondaire, voir P. BERGER, H. KELLNER, « Le mariage et la construction de la réalité », *Dialogue*, n° 102, 1988 (1960), p. 6-23.

20. P. BOURDIEU, J.-C. PASSERON, *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Minuit, Paris, 1985 (1964), p. 39.

liés à un investissement scolaire intense, et les vertus scolaires ambiguës du « scolaire » et du « sérieux ». Le « surinvestissement scolaire » constitue une caractéristique parfois mentionnée dans les textes médicaux sur l'anorexie. Il est le plus souvent rapidement évoqué, et rapproché d'autres formes d'« hyperactivité », sans que le caractère scolaire soit particulièrement souligné. À la clinique C, en revanche, la mise en relation institutionnelle de l'école et de l'hôpital suscite un discours beaucoup plus fourni sur cette question, et procure un matériau important qui n'aurait pas pu être constitué ailleurs.

Les catégorisations professorales des anorexiques comme élèves s'organisent autour d'une ambiguïté fondamentale. Un premier réflexe de définition, de la part de bien des enseignants (par exemple lors des négociations d'entretiens, ou au cours des premières minutes de ces derniers), consiste à mettre en avant et à valoriser leur excellence dans le métier d'élève :

Elles sont toutes bonnes élèves, les anorexiques [négociation d'entretien avec Mme M., JT].

MD : – Mais c'est quel type d'élèves, d'après vous ?

Mme Q. comme un cri du cœur : – Ce sont les élèves dont on rêve dans les autres lycées ! [JT].

En salle des profs, Mme R., qui avait refusé un entretien avec moi, m'aborde : « Ah là j'ai entendu quelque chose pour vous, quelque chose de typique ! C'est Mme M., une prof de physique, qui m'a dit que là avec une anorexique elle avait fait le programme de l'année en trois heures ! » [JT].

Pour les anorexiques, on peut pas dire que [le travail d'enseignant] soit gratifiant parce que de toute façon ce sont de bonnes élèves, nous à la limite, qu'on soit là ou pas, qu'on leur donne un livre ça reviendrait pratiquement au même ! [...] Justement, j'ai pu faire la comparaison avec des élèves que j'avais dans d'autres lycées [...] : une classe d'anorexiques ce serait une classe qui aurait toujours des résultats excellents [...]. Je pensais pas avoir affaire [sous-entendu « ici », dans un établissement scolaire qui accueille des élèves hospitalisés pour toutes sortes de pathologies] à des élèves aussi brillantes en fait ! [entretien avec M. E.].

Mais le respect du point de vue médical (leurs élèves sont hospitalisées *et* scolarisées en tant que patientes) conduit les enseignants à revenir sur cette définition en mettant en avant le caractère pathologique du « surinvestissement scolaire ». Ce faisant, ils décrivent plus en détail les pratiques scolaires qui

composent l'investissement scolaire des enquêtées, d'une part, et ils fournissent d'autre part un matériau permettant de mettre en lumière des catégories enseignantes assez particulières : catégories ni de l'excellence, ni de la disqualification, elles évoluent dans le registre des reproches adressés à l'« hyperinvestissement scolaire », à la « trop bonne volonté scolaire », ou à l'« hypercorrection » d'un travail « trop scolaire ».

Dans la description que font les enseignants des anorexiques comme élèves apparaît tout d'abord l'importance extrême qu'elles donnent au travail scolaire. M. E. par exemple les décrit en effet comme des « filles qui se tiennent et s'accrochent à ce travail », et Mme W. souligne « leur attente par rapport au scolaire » et le fait que le « travail » est un « devoir » toujours présent chez les anorexiques : « Elles sont vraiment complètement dans l'idée qu'il faut qu'elles travaillent, que c'est un devoir de travailler... » L'importance et le temps accordés au travail sont tels qu'un simple changement de cadre spatial suffit à donner l'impression d'un moindre travail :

Mme H : – Bon, elle [une élève qui est une patiente d'un service où je n'ai pas été] est ultraperfectionniste, c'est elle qui m'a fait huit devoirs en quinze jours, et elle me dit : « C'est comme ça que je révise » [...].

Mme W : [disant à cette élève] – Y'a eu une amélioration, et elle me dit : « Oui oui j'ai arrêté de travailler, en philo, et ça m'a fait beaucoup de bien, parce que j'ai arrêté de vouloir réviser, apprendre des choses, etc. »

H : – Oui mais tu sais ce que ça veut dire, « arrêter de travailler », pour elle ! C'est pas vraiment...

W : – Oui, oui, bien sûr, mais arrêter de... produire des trucs... vraiment à répétition quoi... Ben pour elle arrêter, c'est par exemple, au lieu de s'installer devant une table pour lire, lire la même chose mais dans le train ! Donc travailler, mais dans un lieu qu'elle juge pas sérieux, c'est ça, arrêter de travailler ! [rires]

H : – Ou lire dehors au soleil... [Mme W. ; Mme H.].

L'importance accordée au travail et celle de l'investissement scolaire sont alors présentées comme des symptômes scolaires de la pathologie psychiatrique. Et ceci au point que, *a contrario*, la guérison de la patiente amène le ralentissement scolaire de l'élève :

Ben... [elle rit] Quelquefois, quand elles vont mieux, elles se mettent à... tout larguer [...]. Et puis, l'année d'après... c'est l'année d'après, dans les choix universitaires, ça peut complètement... partir un peu dans tous les sens... Et donc du coup finir par ne plus faire de choix universitaires, de choix scolaires, et tout en allant beaucoup mieux sur le plan physique [Mme H.].

Vraiment la chose qui a pu me surprendre c'est qu'on commence à se faire moins de souci à propos de leur pathologie lorsqu'elles déclinent, entre guillemets, elles déclinent au niveau de leur travail scolaire... C'est-à-dire qu'elles arrêtent de se tenir et de s'accrocher à ce travail, et qu'elles pensent plus à d'autres choses... à des loisirs, qu'elles essaient de diversifier un petit peu leurs centres d'intérêt... [M. E.].

La « surprise » de ce jeune enseignant, arrivé depuis peu dans le lycée, dénote le caractère paradoxal des injonctions médicales dont l'institution scolaire se fait le relais. Les enseignants présentent en effet comme une difficulté particulière de leur travail avec les élèves anorexiques le fait d'être ainsi amenés, pour des raisons médicales, à limiter l'investissement scolaire de leurs élèves anorexiques, voire à leur interdire de travailler ou de rendre des devoirs. On peut voir dans ce travail pédagogique paradoxal l'indice du fait que ce ne sont pas seulement les dispositions au travail scolaire des *élèves* qui sont contrariées par la demande hospitalière du « lâcher prise » sur le scolaire à l'hôpital (chapitre 7), mais également les dispositions professionnelles des *enseignants* eux-mêmes, conduits à délégitimer, au nom de la pathologie, l'investissement scolaire.

De plus, de l'importance de l'investissement scolaire de ces élèves découle une demande de travail extrêmement forte s'adressant aux enseignants : « Avec ce côté un peu... anorexie, là, “donnez-moi des choses à faire, faites-moi travailler [...]” ». En général, c'est plutôt, quand elles sont anorexiques, quand elles arrivent ici, avec, je dirais, des antécédents anorexiques sur le plan médical, c'est vrai que généralement c'est genre “donnez-moi du boulot, il faut que je sache tout, il faut que”... » [Mme W.]. Ce sont ainsi les élèves qui demandent à travailler, ou à travailler davantage, et non les enseignants qui leur demandent de travailler : cette situation apparemment inhabituelle – qui se donne à voir comme un renversement complet de la situation scolaire normale – amène les enseignants à la rapporter strictement à la pathologie psychiatrique. Or, le

caractère extrême de cet investissement scolaire peut également être mis en relation avec les propriétés sociales de genre des enquêtées. Comme le souligne J.-P. Terrail, c'est tout particulièrement chez les filles que l'on peut trouver une « appropriation active de l'école », un « usage de soi particulièrement intense [dans le cadre scolaire] suscité dans des circonstances historiques où la réussite scolaire est la seule voie de l'émancipation individuelle<sup>21</sup> ».

Si la demande de travail de ces élèves est ainsi structurellement excédentaire par rapport à l'offre enseignante, c'est en fait parce que leur investissement scolaire se présente sous la forme d'un investissement illimité, qui ne peut être contenu par quelque offre que ce soit : « Elles seraient toujours capables d'en avaler davantage [...]. Parce qu'elles vont en redemander [des cours particuliers], systématiquement, de toute façon... Cours particuliers, elles pourraient en avoir autant [qu'on peut leur en donner], au contraire » [M. E.]. Ainsi, il peut s'agir de refuser des limites normales au travail scolaire, telle que la fin de l'année (où élèves et enseignants sont censés ralentir le rythme de travail) ou les vacances :

Ah ! c'est une anorexique comme on en voit assez régulièrement, c'est-à-dire, une exigence... une exigence absolue... C'est-à-dire qu'elle était là, aujourd'hui, 30 juin, pour demander si Mme... le prof d'allemand allait lui faire cours à 10 h 30... Et moi, je l'ai eue jusqu'à lundi, je l'ai eue en cours de maths [...] parce que le cours, c'est jusqu'au 30 juin, donc on n'a pas à... on n'a pas le droit de l'empêcher, de ne pas la nourrir jusqu'au 30 juin... [rires] [...]. Et là ce qu'elle me dit, c'est que, bon, elle va rester ici en juillet, à la clinique en juillet, les études lui manquent, parce qu'elle va s'ennuyer... parce que, dit-elle, elle aime ça, elle aime bien apprendre, c'est peut-être vrai, hein, c'est souvent vrai, mais aussi parce qu'elle a besoin d'avoir son emploi du temps, elle a besoin d'apprendre, d'être nourrie... d'être nourrie scolairement... Et là elle regrette que les cours s'arrêtent ! [...] Elle a droit à ses cours jusqu'à la fin... [rires]. Ouais, ouais, elle est comme ça ! [Mme W.]<sup>22</sup>.

---

21. J.-P. TERRAIL, « Destins scolaires de sexe : une perspective historique et quelques arguments », *Population*, n° 3, 1992, p. 667-674.

22. On peut remarquer, dans cet extrait comme dans d'autres, l'usage d'une métaphore alimentaire pour parler des comportements scolaires des anorexiques. Les enseignants y recourent très souvent, et on peut y voir à la fois l'effet d'une influence médicale (psychologues, psychanalystes et psychiatres vont fréquemment jouer de cette métaphorisation alimentaire ou corporelle des comportements anorexiques, que les



Enfin, le caractère illimité de l'investissement scolaire se traduit par le refus des élèves de s'en remettre à la prise en charge médicale et de « lâcher prise » sur le travail scolaire, comme on l'avait vu au chapitre 7. Ce sont les enseignants qui sont alors responsables de la fixation de limites au travail scolaire, par souci pour la santé de leurs élèves et par respect des directives médicales :

Oui, en fait il faut plutôt les limiter dans leur travail... Ça c'est quelque chose qui est mal accepté aussi... Elles comprennent pas qu'on leur donne moins de travail, à la limite elles en demanderaient toujours plus [...] jusqu'à ce que, au niveau santé, ça cède complètement... de toute façon... Mais elles ont du mal à voir qu'on leur refuse des exercices supplémentaires, qu'on leur refuse... des cours... qu'on leur demande... de ne pas venir en cours même [M. E.].

Une autre spécificité du travail scolaire des élèves anorexiques concerne ses formes et ses produits. Tout d'abord, les enseignants évoquent un travail qui fait primer la perfection de la forme sur le contenu des idées. Ce primat de la forme se traduit par le soin, jugé extrême, voire excessif, que ces élèves apportent à la rigueur du plan :

L'impression que donne aussi souvent une anorexique, enfin donc je pense à ces deux filles [Christine et une autre élève anorexique], c'est qu'on a aussi un savoir qui est un peu... désincarné... Hein ? Qui est un peu un savoir mort, où elles sont capables de faire des devoirs... bien léchés, sur le plan formel, si bien construits, si bien écrits, il y a une bonne introduction, il y a un plan, y'a une conclusion donc à la limite on va dire : « C'est bien », mais le contenu est un peu désincarné, un peu... vide... [M. Q.].

Enfin, alors, là j'ai des exemples, des choses intéressantes, alors l'année dernière, [...] j'avais donné un sujet de discussion [...] c'était extraordinaire, on en avait d'ailleurs parlé en réunion, c'était un des premiers devoirs, c'était un plan, un plan, première partie, deuxième partie, troisième partie, impec, et un catalogue ! Et une impression de... de corps vide, vraiment, hein, c'était sidérant ! Si vous voulez... Y'avait un truc... Et... Enfin bon, Rabelais ça, tac

---

patientes elles-mêmes peuvent mettre en scène dans les entretiens avec moi) et une technique de marquage de la déviance et de rappel du caractère pathologique des comportements qu'ils sont en train de décrire.

tac tac, enfin bon... C'était pas vivant, ça n'avait pas de chair... [...]. Donc y'a, à mon avis, il peut y avoir cette tentation, ou ce risque, parfois, dans certains travaux... oui, certains travaux... d'anorexiques... [...] Alors bon le plan [du cours] il faut en première partie, petit 1, petit 2, et petit 3, vous voyez, et si jamais y'a grand 1, 1, 2 et puis après grand 2, 1, 2, 3, bon... Hein... ? C'est déséquilibré, c'est pas tout à fait absolument comme il faut que ce soit organisé, que ce soit construit... [Mme O.].

Ce respect des formes est par ailleurs rapporté à des modes de réflexion dits « rigides », c'est-à-dire à une catégorie médicale – la « rigidité » – retraduite alors dans l'univers scolaire : « C'est le côté un peu rigide, c'est... ce souci du plan, du petit a, du petit b, du petit c... » [Mme H.].

La deuxième caractéristique de ce formalisme tient au fait que cette « rigidité » comme forme excessive de rigueur et ce souci de la méthode sont en fait les résultats d'une remise de soi excessive aux directives scolaires. Le formalisme est donc présenté comme le produit d'un apprentissage antérieur strictement appliqué :

MD : – Et je me demandais, justement, sur ces questions-là, j' imagine que vous faites parfois des cours de... méthode, soit de dis-  
sertation, ou de... Et dans ces cas-là elles réagissent comment par  
rapport à ça, quand la méthode est clairement... définie...

Mme H. : – Ah ben elles appliquent !

Mme W. : – Alors ça elles demandent, elles demandent ! [...] Mais  
oui, par rapport à cette question de l'application directe, et  
aveugle, de la méthode, c'est vrai que elle était plus... là-  
dedans... En début d'année c'était évident, elle avait sa feuille  
de méthodologie, son sujet, et puis va-et-vient comme ça, y'avait  
pas de place pour une organisation personnelle... Pas du tout du  
tout... [Mme W., Mme H.].

Tout était construit sur, « d'une part, d'autre part », « ensuite,  
enfin, par ailleurs » [...]. Je lui ai dit : « Bon, peut-être quand même  
que ce serait intéressant de changer, modifier, les formules, les  
tournures, etc. », elle me dit [ton sec] : « Oui mais c'est comme ça  
qu'on m'a appris » [Mme O.].

Elle avait une façon de rédiger extrêmement... enfin en maths  
hein... extrêmement scolaire, du genre « je vais faire ci », « je vais  
faire ça », vous savez, comme dans certains devoirs de maths,  
quand ils sont petits on leur explique... [Mme M.].

Cette application de règles strictes se fait alors aux dépens de l'« imagination », de l'« intuition », ou de la « réflexion personnelle », et tous les enseignants évoquent une opposition entre l'application stricte, mécanique et exclusive des règles et la distance à ces règles que doit introduire la réflexion personnelle. Ils reprochent donc à ce travail scolaire de représenter l'application mécanique d'une technique :

Mais alors du coup ça va être une suite de recettes, où le cours va se réduire à une suite de recettes... De choses qu'on apprend... et qu'on va ingurgiter de cette façon-là... Donc y'a bien sûr quelques recettes, mais... faut savoir composer, faut savoir mélanger, faut savoir... Face à telle situation, peut-être, ben... procéder de telle et telle façon et pas de telle façon... C'est un problème de cuisine, hein ? [il rit]. Y'en a qui font la cuisine en suivant à la lettre... une recette... hein ? Sans goûter ce qu'ils font... Et donc bon voilà, dans la recette c'est dit ça, y'a telle proportion, y'a tel ingrédient, bon y'a tel temps de cuisson... On fait les choses, on respecte de façon parfaite tout ce qui est dit... Et on ne goûte même pas ! Et on présente le plat... On a fait ce qu'il fallait faire... Moi j'appelle pas ça faire de la cuisine, hein ? [M. Q.].

Le terme de « recette », s'il manifeste à nouveau une pathologisation des comportements scolaires par métaphorisation alimentaire du scolaire, condense également les diverses observations citées ci-dessus dans l'opposition du respect à l'institution d'une part et de l'expression de la personne d'autre part : « [Les professeurs] peuvent exalter les dispositions “créatrices” (“originalité”, “invention”, etc.) et les qualités de la “personne” au détriment du savoir et de la maîtrise technique, ravalés au rang de “recettes scolaires”<sup>23</sup>. » L'opposition du formalisme à la réflexion personnelle s'inscrit donc plus généralement dans une dénonciation par les enseignants du caractère « scolaire » des anorexiques (le terme est explicitement utilisé) et des produits de leur travail. La catégorie de « scolaires » attribuée aux anorexiques apparaît donc comme une catégorie importante qui englobe en fait les diverses catégories évoquées jusque-là : elles travaillent « trop », elles « investissent trop » dans l'école, elles appliquent « trop » les règles scolaires. Ces catégories s'organisent autour de la définition d'un rapport

---

23. P. BOURDIEU, *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*, Minuit, Paris, 1989, p. 43.

particulier au scolaire, où l'excès se traduit en fait par un manque, celui d'une distance au scolaire caractérisant la « culture » (élitiste) de l'« école »<sup>24</sup>.

L'opposition, dans les catégories de l'entendement professoral, du scolaire et du brillant est susceptible d'une double inscription dans l'espace social des classes sociales et des genres. Elle distingue tout d'abord classiquement le « labeur » des catégories relativement moins dotées de la « grâce » scolaire liée aux positions dominantes. Mais ce type de schème s'articule également selon une dimension sexuée : « Les attentes des maîtres dessinent des capacités générales distinctes selon le sexe : du côté des garçons, désinvolture et agitation, mais aussi capacité d'atteindre à l'intelligence des principes ; chez les filles, de la bonne volonté, de l'application, et des limites intellectuelles plus vite atteintes [ce qui constitue une] opposition du scolaire et du brillant »<sup>25</sup>. » Les jugements enseignants analysés ci-dessus permettraient alors de situer assez précisément les pratiques scolaires anorexiques dans l'espace social comme des pratiques féminines de classes moyennes. Cependant, comme on l'a vu, les origines sociales du corpus d'entretiens sont plus diverses, et s'étendent notamment aux classes supérieures. Il est donc plus rigoureux d'envisager la délégitimation du labeur anorexique (de son formalisme ou de son caractère trop scolaire) comme un ensemble de catégories qui *empruntent des traits* au jugement de l'ethos petit-bourgeois par l'ethos de l'élite décrit par P. Bourdieu et J.-C. Passeron<sup>26</sup>, plus que comme des catégories qui *révéleraient* l'existence de cet ethos et de la position de classe afférente chez toutes les anorexiques comme élèves. En revanche, ces catégories font nettement apparaître une dimension centrale de l'entreprise effectuée par les enquêtées sur le front culturel, qui la différencie justement d'un

---

24. P. BOURDIEU, J. C. PASSERON, *Les Héritiers*, op. cit., p. 39.

25. J.-P. TERRAIL, « Destins scolaires de sexe : une perspective historique et quelques arguments », art. cit., p. 667.

26. « Le renversement de la table des valeurs qui, par un changement de signe, transforme le sérieux en esprit de sérieux et la valorisation du travail en mesquinerie besogneuse et laborieuse, suspecte de compenser l'absence de dons, s'opère dès que l'ethos petit-bourgeois est jugé du point de vue de l'ethos de l'« élite », c'est-à-dire mesuré au dilettantisme de l'homme cultivé et bien né qui sait sans avoir peiné pour acquérir son savoir et qui, assuré de son présent et de son avenir, peut se donner l'élégance du détachement et prendre les risques de la virtuosité », P. BOURDIEU, J.-C. PASSERON, *Les Héritiers*, op. cit., p. 39.

rapport dominant à la culture scolaire : l'importance, la visibilité et la revendication d'un travail acharné, le caractère volontariste de la culture ainsi « faite ». L'acquisition se fait explicitement dans le labeur, comme on a pu le voir à propos des pratiques scolaires, comme on peut le voir dans le fait que Camille [C], qui vient d'un milieu très doté en capitaux culturels, n'en achète pas moins des « bouquins de culture gé » pour apprendre activement la « culture générale », comme s'il ne fallait pas compter sur l'inculcation invisible. Pour « se faire » une culture, il faut la méthode, le volontarisme et l'effort du travail, tout comme dans le cas du front corporel.

### *Quelques hypothèses sur le corps et la culture*

Il existe donc une forte analogie entre le travail sur le front corporel et celui sur le front culturel. Dans les deux cas, les pratiques qui les composent correspondent à des pratiques caractéristiques des femmes de classes moyennes et supérieures. Dans les deux cas, la transformation de soi qui est à l'œuvre est orientée vers le haut de l'espace social, et elle s'inscrit dans une posture volontariste et un travail de tous les instants. Dans les deux cas ensuite, si l'on considère le corps et la culture comme des capitaux, on a affaire à des investissements sans limite : on peut en effet rapprocher l'investissement scolaire « illimité » décrit ci-dessus de l'usage des instruments de mesure décrit dans la deuxième partie qui se caractérisait par l'absence de borne inférieure à la perte de poids. « Une femme ne peut jamais être trop riche ni trop maigre » : ce dicton, déjà cité, prend un sens particulier lorsqu'il est rapproché de cette entreprise de maximisation sans limite des investissements en capitaux culturels (nouvelle « richesse » féminine) et corporels. Dans les deux cas enfin, cette transformation peut se solder par l'acquisition d'un « état de grâce », « oubli » de la faim et maigre, brillance intellectuelle :

Véronique : – Et alors, c'est très très étrange, parce que depuis, je trouve que j'ai beaucoup plus de difficultés à m'exprimer, alors qu'avant [i.e. pendant l'anorexie] j'ai le souvenir de n'avoir eu aucune difficulté intellectuelle, et d'avoir été même brillante... Alors je ne sais pas, peut-être que j'ai embelli un peu la période [rires] [...]. Alors que maintenant j'ai plus du tout ce sentiment,

je suis même parfois complexée, comme si le fait de renoncer à l'anorexie ça avait été renoncer à quelque chose d'intellectuel aussi...

MD : – Comme si les deux choses étaient...

V : – Étaient liées, oui... [Véronique, I].

Cet extrait d'entretien fait affleurer une interaction pratique entre les domaines du corporel et du culturel (que l'on a pour l'instant abordés séparément) qui mérite d'être analysée de plus près.

Tout d'abord, on peut noter l'existence d'une mise en équivalence pratique, par certaines des enquêtées elles-mêmes, de ces deux domaines, une façon spécifique de présenter comme liés les capitaux corporels et scolaires, sur le modèle du rapprochement effectué par Véronique ci-dessus. À son « je me sentais maigre et brillante pendant l'anorexie » répond le « je me sentais grosse et nulle » pour désigner l'avant-anorexie, par exemple chez Sabine et Annabelle :

[En classe prépa] J'étais pas du tout heureuse ! J'étais pas heureuse, je me trouvais très très nulle, très très bête, très très moche [...]. En prépa, les filles dont tu te dis "elles sont super-fortes", elles sont aussi super-mignonnes, super-minces... [Sabine, I].

Annabelle : – Il suffit que t'aies une mauvaise note, une ou plusieurs mauvaises notes, tu commences à dire : « Bon je suis pas assez intelligente, j'y arrive pas et tout ça. » Et ça se traduit plus ou moins par un dégoût de toi, intellectuellement mais aussi de ta personne [...]. Donc finalement tu finis par te détester, te trouver horrible, te trouver trop grosse, et voilà... Tu te dis que tout est plus facile quand tu es mince...

MD : – Plus facile y compris intellectuellement alors ?

A : – Ou, tu vois, c'est aussi lié aux vêtements, quand tu commences à aller mal, tu t'habilles mal, tu trouves que t'es moche, et puis t'as une jupe t'es trop grosse, donc ça va pas. Quand t'acceptes un peu trop vite les notes, quand tu les prends vraiment pour des sanctions sur toi, sur tes capacités [Annabelle, I].

Les enquêtées, au cours de l'anorexie, peuvent même se livrer à de véritables transactions entre le corporel et le scolaire, qui font apparaître des formes de compensation et donc de conjonction entre ces deux domaines :

MD : – Et quand tu disais que le fait que ça allait mieux scolairement ça avait des effets sur tes comportements alimentaires ?

Sophie : – Ah oui !

MD : – Tu mangeais plus [i.e. davantage] ?

S : – Je me maintenais, c'était pas pire, je me maintenais...

MD : – Et ça comment t'expliquerais ça, comment tu l'as vécu, le fait que ça aille mieux scolairement et que du coup tu te maintiennes ?

S : – J'avais plus confiance en moi, je retrouvais des repères... [...] Bon, parfois, je me permettais des extras quand même, je prenais une brioche ou...

MD : – En gros quand tu te permettais des extras c'était pour fêter des trucs ? Ou...

S : – Ben à un moment, au début de ma maladie [de l'anorexie] c'était comme ça en fait, quand j'avais des bonnes notes... » [Sophie, C].

Christine : – 18/20 ça me rassurait plus... [...]

MD : – Et quand ça te rassurait, au début, ça avait des effets sur tes comportements alimentaires ?

C : – Ouais... Je m'autorisais plus de choses... « Ah j'ai eu 18, je pourrai rajouter un yaourt ou... » [...] Parce que j'étais fatiguée le soir je pouvais pas me remettre à lire... Donc ça [la lecture] c'est quelque chose sur lequel j'ai mis une croix, je me suis dit : « Là-dessus j'arrive pas. » Et c'est pareil, j'ai compensé par autre chose : « J'arrive pas à ça mais... » c'était une égalité, « mais je perdrai plus de poids la semaine prochaine » [Christine, C].

Il peut donc y avoir une équivalence pratique entre capitaux corporels et culturels, front alimentaire et front scolaire de la prise en main, qui se traduit par une mise en relation entre « être grosse » et « être nulle », « être brillante » et « être mince », réussir scolairement et réussir à maigrir, que ces derniers soient menés parallèlement ou qu'ils se compensent l'un l'autre par les transactions décrites ci-dessus.

Ces processus d'équivalences pratiques jouent aussi dans les sorties d'anorexie, et on peut faire ici à nouveau référence à ce que notaient plus haut les enseignants quant aux anorexiques qui « lâchent » le travail scolaire à mesure qu'elles reprennent du poids, situation que décrit Yasmine en la comparant au « pendant » de l'anorexie, où la maigreur implique la « facilité » et l'assurance scolaires :

J'ai refait cette année une entrée en terminale, j'ai fait un trimestre, et puis je suis arrivée ici et là j'ai tout laissé tomber... Je veux dire, à chaque fois je sentais que de toute façon j'y arriverais jamais, parce que c'était... soit j'arrivais scolairement et je maigrissais, soit je continuais à travailler [dans le « travail sur soi » psychologique, c'est-à-dire vers la « guérison »] et je m'en sortais [de l'anorexie]... J'avais pas la force de faire les deux, peut-être pas l'envie... [...] Je dirais que plus je suis maigre mieux je travaille [...]. En général, plus je suis maigre, plus je suis sûre de moi, et donc plus j'ai de volubilité, de facilités en cours. Tout est dans la tête je veux dire, mais... C'est vrai que ça aide. D'être maigre, ça aide [...]. Et je suis arrivée à la fin du premier trimestre, et j'ai un peu tout laissé tomber [...]. J'avais plus le courage d'aller en cours... J'avais l'impression... Comme pour moi le truc était systématique, « plus tu prends du poids plus t'es nulle, quoi ». Donc j'avais du mal à faire face aux cours... aux profs... [Yasmine, C].

Ainsi, les différents fronts de la prise en main ne sont pas simplement juxtaposés, ils sont interdépendants, « liés entre eux », pour reprendre l'expression de Véronique. Cette situation correspond au début de la carrière présentée dans la deuxième partie. Mais la question se pose alors de la tension pratique croissante qui s'instaure entre ces différents fronts. Au bout d'un moment, en effet (les phases 2 et 3 de la carrière), le travail sur le front corporel commence à mettre en péril le travail sur le front culturel : du fait de la fatigue physique, du risque de ne plus pouvoir suivre les cours en classe, et de l'hospitalisation le cas échéant. Comment expliquer alors que le front corporel devienne ainsi prioritaire, que le travail sur ce front soit continué aux dépens du front scolaire ? Selon quelles modalités la culture est-elle ainsi sacrifiée au corps ?

Les explications qui peuvent être avancées conduisent à soulever la question des variations internes au corpus d'entretiens. Pour certaines des enquêtées en effet, le corporel semble d'emblée prioritaire. Le front scolaire peut être absent ou présent d'une manière nettement secondaire. Pour ces enquêtées, qu'on peut qualifier de manière très schématique d'« anorexiques corporelles », un certain nombre de critères semblent faire système : les débuts de l'anorexie sont rapportés par exemple à une rupture sentimentale, en tout cas à l'existence d'un marché sentimental – pour ne pas parler pour ces classes d'âge de « marché matrimonial » – sur lequel la minceur est un



capital primordial<sup>27</sup>. Ces enquêtées ont été ou ont voulu être mannequin ou danseuse ; elles décrivent par ailleurs une culture familiale où l'apparence physique, notamment féminine, joue un rôle important dans les valeurs transmises. Ce premier groupe d'enquêtées se différencie d'un deuxième, qu'on pourrait tout aussi schématiquement qualifier d'« anorexiques culturelles » : les débuts de l'anorexie sont dans leur cas rapportés à une situation plus spécifiquement scolaire (le passage au lycée ou l'enjeu d'une orientation scolaire) ; les professions envisagées sont de celles où l'apparence physique ne joue pas explicitement comme capital (médecin, chercheur, etc.), et les sports pratiqués sont moins typiquement féminins (le tennis plutôt que la danse ou la gymnastique) ; l'apparence physique est décrite comme n'ayant jamais été une valeur familiale importante.

Si on peut grossièrement regrouper les entretiens à partir de ces deux modèles, c'est à condition de ne pas oublier leur caractère fortement schématique. Cette distinction ne vise pas à dresser une typologie valable pour l'ensemble de la recherche mais à mettre en valeur deux pôles – de fait, un certain nombre d'entretiens relèvent d'un modèle mixte, où les deux ensembles de caractéristiques se mêlent – pour tenter de rentrer plus avant dans la question des équivalences pratiques entre capitaux corporels et culturels.

En effet, la question de la mise en péril des autres fronts par le travail de maintien de l'engagement sur le front corporel se pose différemment dans ces deux modèles. Dans le cadre du premier – les « anorexiques corporelles » –, l'enjeu est exclusivement corporel, comme pour Julie par exemple :

MD : – Et quand on t'a dit qu'il fallait reprendre du poids, que sinon tu allais être hospitalisée, plus aller en classe...

Julie : – Je disais : « Oui, je sais, il faut que je prenne du poids », mais j'avais pas vraiment l'impression de me mettre en danger déjà... Et puis j'étais persuadée dans ma tête que plus je serai maigre, plus je serai jolie de toute façon... que quelqu'un de gros

---

27. Si l'on observe l'idéal physique féminin des hommes dans leur jeunesse, selon leur catégorie sociale actuelle, la « minceur » est préférée, toutes classes sociales confondues, mais les taux de préférence pour la minceur sont les plus bas chez les ouvriers non qualifiés, les artisans, les agriculteurs et les employés du secteur public, M. BOZON, « Apparence physique et choix du conjoint », in T. HIBERT et L. ROUSSEL, *La Nuptialité : évolution récente en France et dans les pays développés*, PUF-INED, Paris, 1991, p. 95-96.

c'était pas beau, et quitte à être trop maigre, mieux valait être trop maigre que trop gros [Julie, H].

La maigreur est donc ici définie comme une caractéristique spécifiquement corporelle – ce qui ne constitue pas une évidence, on va le voir. Le travail sur le corps prend donc sens dans l'accumulation d'un capital esthétique, ou d'un capital professionnel, dans le cadre de professions où le capital corporel est le capital principal :

MD : – Et justement, par rapport à la danse, je sais pas, tu t'es pas dit en maigrissant que tu mettais un peu ça en péril en fait ?

Isabelle : – Pas du tout ! Au contraire, j'avais l'impression que c'était plutôt bénéfique ! [...] Je pensais que ça me rendrait plus légère, que je sauterais mieux [Isabelle, C].

Le capital corporel a des enjeux différents dans le cas des « anorexiques culturelles ». On pourrait faire ici l'hypothèse qu'il apparaît comme un capital « total », c'est-à-dire comme une forme de capital qui peut en venir à inclure et englober le capital culturel. Pour développer la métaphore du capital économique, on pourrait dire que le capital corporel est rentable comme capital esthétique et corporel sur des marchés sentimentaux ou professionnels dans le premier cas. En revanche, le capital corporel devient efficace en tant que capital culturel sur le marché scolaire dans le deuxième. C'est à cette dimension que se rattachent certains des extraits d'entretiens cités ci-dessus, où, pour reprendre les termes de Yasmine, « être maigre, ça aide » à ressentir un état de grâce tout autant culturel que corporel. Cette dimension éclaire les mécanismes de mise en équivalence des capitaux identifiés plus haut. Il n'y a pas mise en péril du front culturel de la prise en main par le travail de maintien de l'engagement, dans la mesure où le capital corporel en vient à totaliser ou à *incorporer* d'autres formes de capitaux, et tout particulièrement le capital culturel. Or, on peut faire l'hypothèse que cette capacité du capital corporel à tenir lieu de capital « total » est plus spécifiquement féminine et peut être mise en relation avec les rapports de domination de genre. On peut en effet l'interpréter comme la marque de l'intériorisation d'une domination opérant par métonymie : la partie (le corps) est assignée comme la totalité de la personne. « Bon nombre d'appréciations que les hommes portent sur les femmes

peuvent être interprétées à la fois comme des jugements d'ordre psychologique ou relationnel (qualifiant un style de relation de la partenaire avec autrui) et comme des jugements sur l'aspect physique (renvoyant au style corporel et vestimentaire de la personne) [...]. Le psychologique et l'esthétique ne sont pas séparés quand on juge les femmes. L'un et l'autre convergent en des jugements sur la présentation et sur le style apparent de la personne [...]. Objet symbolique, les femmes continuent à être plus jugées sur leurs qualités *visibles* que les hommes<sup>28</sup>. » On aurait donc affaire ici à deux modalités différentes de la domination de genre. Dans le cas des anorexiques corporelles, il s'agirait d'un modèle « classique » d'objectivation du corps féminin (il faut « être jolie<sup>29</sup> »). Dans le cas des anorexiques culturelles, le modèle serait plus insidieux : il faut « être brillante », scolairement en l'occurrence, mais pour une femme « être brillante » ce serait inséparablement « être mince », comme si les capitaux féminins ne pouvaient obtenir de reconnaissance sociale qu'une fois retraduits corporellement.

Ainsi, non seulement la prise en main ne se fait pas sur des fronts identiques selon les enquêtées, mais un même capital, le capital corporel, peut avoir des enjeux différents. Or, la distribution des enquêtées en « anorexiques corporelles », « anorexiques culturelles » et « modèles mixtes » ne semble pas se faire au hasard des origines sociales, pourtant moins diversifiées dans l'enquête que dans la société. En effet, les origines sociales apparaissent relativement plus élevées dans le cas des anorexiques culturelles, relativement moins élevées dans le cas des anorexiques corporelles, et les modèles mixtes sont également dans une position intermédiaire par rapport à l'ensemble du corpus. Il existerait ainsi une différenciation sociale du travail de transformation de soi décrit dans la deuxième partie. Suivant la position initiale dans l'espace social, ce ne seraient pas les mêmes fronts qui seraient prioritaires, et le front corporel lui-même serait susceptible d'enjeux sociaux différents.

Si l'on garde en mémoire que tant le regroupement des entretiens dans les trois modèles distingués que l'évaluation des origines sociales relatives des enquêtées ont une fonction plus

---

28. M. BOZON, « Apparence physique et choix du conjoint », art. cit., p. 109-110.

29. Sur l'importance de l'excellence esthétique féminine sur le marché matrimonial des petites annonces, voir F. DE SINGLY, « Les manœuvres de séduction : une analyse des annonces matrimoniales », *Revue française de sociologie*, vol. xxv, n° 1, 1984.

heuristique que démonstrative, on peut alors proposer une hypothèse concernant le capital corporel. Tout d'abord, ses significations mises en lumière ici s'opposent toutes deux au corps comme *force*<sup>30</sup>, comme ressource qu'il faut nourrir pour tenir, et se rattachent en revanche au corps comme *forme* socialement efficace. Mais la conception de son efficacité propre varie, et il est possible que cette hypothèse, pertinente pour rendre compte des pratiques et représentations des enquêtées, ait en fait une portée plus générale : dans certaines fractions de l'espace social, le capital corporel pourrait jouer comme capital culturel. Les variations dans l'investissement en capital corporel ont pu être analysées en termes de *niveau* d'investissement<sup>31</sup>. Ce que l'on a voulu suggérer ici, c'est l'existence de variations dans les modalités de l'investissement en capital corporel et dans les marchés sur lesquels il est pensé comme rentable, qui légitiment son accumulation et lui donnent sa signification.

### **La tension anorexique : un ethos socialement situé**

Les similitudes qui apparaissent, au sein des divers domaines pratiques du front corporel, et entre ce dernier et le front culturel et scolaire, permettent de mettre en lumière un même ethos qui s'actualise dans ces différents domaines pratiques. Une première tâche consiste à recenser certaines composantes de cet « ethos de tension » (ascétique, de contrôle du destin corporel et social, et de maîtrise des assignations publiques), ainsi qu'à tenter, à nouveau, de les resituer dans l'espace social.

#### *L'ascétisme*

La restriction alimentaire, la rationalisation d'activités physiques répétitives et organisées, le régime de vie extrêmement strict, l'exercice scolaire « illimité » : toutes ces pratiques révèlent une modalité ascétique du gouvernement du corps et de la vie sociale, une discipline et une éthique de l'effort et de

---

30. O. Schwartz parle du corps populaire comme d'un « grand réservoir dans lequel on puise sans compter pour venir à bout de la vie quotidienne ; on mise sur les forces qu'il contient, non sur ses chances de valorisation spéculaire », O. SCHWARTZ, *Le Monde privé des ouvriers*, op. cit., p. 477.

31. P. BOURDIEU, *La Distinction*, op. cit., p. 227.

l'autocontrainte que l'on a déjà évoquées dans la deuxième partie, et que l'on a retrouvées en remplaçant les pratiques corporelles et scolaires dans l'espace social. L'ascétisme anorexique révèle alors une tension, constante ou quasi constante, qui fait de bien des domaines pratiques et de bien des instants de l'existence l'occasion d'un travail efficace sur les dispositions et la personne. Ceci apparaît par excellence dans la manière dont la sortie de l'anorexie est définie par les enquêtes comme un apprentissage de la satisfaction procurée par des moments vides d'investissements et sans tension vers un but d'acquisition ou de transformation :

J'aimerais bien me faire... pas des expériences parce que des expériences notamment j'en ai, honnêtement je pense que question [expériences] j'en ai, question expériences. Mais j'aimerais bien vivre, pas des expériences qui soient enrichissantes, mais j'aimerais bien simplement... prendre du plaisir à vivre. Même petitement... Et encore quand je dis petitement... même pas petitement... [...] Fumer une cigarette sur un pont le dimanche soir avant de rentrer [à la clinique], ben voilà ça y est je suis contente pour la semaine, tout est un symbole mais voilà je suis bien [...]. Et c'est tout ça que je pouvais pas faire quand j'étais anorexique... [Yasmine, C].

J'avais le droit de savourer, juste d'être bien, quoi, d'écouter de la musique allongée sur un lit... [...] J'ai appris à savourer ces choses-là... Du coup des choses toutes minimes, futiles, auxquelles je faisais pas attention sont devenues des moments vraiment précieux... [...] [À l'hôpital, suite aux consignes de réduction du travail scolaire] Je me souviens, j'avais pas l'impression d'exister, on me demandait de « rien faire » : « Non, non je sais pas rien faire. » Puis petit à petit je me suis rendu compte que c'était possible de rien faire et d'être bien [Christine, C].

L'ascétisme est un trait qui est fréquemment relevé dans les travaux sociologiques ou de sciences sociales sur l'anorexie<sup>32</sup>. Il est en général rattaché à des significations religieuses, par exemple à une recherche d'ordre spirituel ou à une « quête de

---

32. Par exemple B. S. TURNER, *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage, Londres, 1996 ; C. GARRETT, *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998 ; N. PETERS, « The ascetic anorexic », art. cit. ; G. TAIT, « Anorexia nervosa : asceticism, differentiation, government », *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, vol. 29, n° 2, 1993.

la spiritualité<sup>33</sup> », ce qui conduit souvent au rapprochement entre « saintes anorexiques » et anorexiques modernes évoqué au chapitre 1. Or, comme on l'a déjà perçu avec l'examen des pratiques corporelles et scolaires, cet ascétisme s'inscrit de fait dans l'espace des classes et des genres. Ceci ne signifie d'ailleurs pas qu'il y soit immédiatement situable comme caractéristique d'une position sociale particulière. Les travaux sociologiques menés sur différentes classes sociales font en effet apparaître que les dispositions ascétiques traversent l'espace social, même si c'est, semble-t-il, pour se concentrer en son milieu ou sur les trajectoires de mobilité ascendante<sup>34</sup>. Le positionnement de la forme d'ascétisme qui est à l'œuvre chez les enquêtées réclame donc sa spécification et la mise au jour des composantes qui le distinguent, notamment, d'un ascétisme populaire.

### *Un ethos du contrôle sur le destin corporel et social*

Dans une optique foucaldienne, G. Tait propose de faire des pratiques anorexiques ascétiques un système de transformation, ou plus précisément de création de soi : « Comme dans la Grèce antique, le "soi" n'est pas quelque chose qui doit être découvert mais quelque chose qui doit être créé. Par conséquent, des pratiques comme le jeûne ascétique sont les pratiques mêmes par lesquelles le soi est créé [...]. Les anorexiques aussi se façonnent elles-mêmes, à la fois moralement et physiquement, par des pratiques précises et dans des buts précis<sup>35</sup>. » Mais ne faut-il pas poursuivre l'analyse en tentant de rendre compte du fait que l'ascétisme puisse constituer, pour les enquêtées, une méthode de transformation de soi ? Cette question des conditions sociales de possibilité de la transformation anorexique

---

33. Tout particulièrement lorsque ce lien entre anorexie et spiritualité est la thèse centrale de l'ouvrage, comme chez C. GARRETT, *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*, *op. cit.*

34. O. Schwartz parle de l'ascétisme comme « ethos ouvrier traditionnel », « acceptation systématique des privations, le but étant de "s'en sortir" ; mobilisation générale des forces pour saisir toutes les occasions de travail » : O. SCHWARTZ, *Le Monde privé des ouvriers*, *op. cit.*, p. 110-111. Dans *La Distinction*, *op. cit.*, P. Bourdieu évoque un ascétisme populaire, « souvent lié à l'ambition de mobilité » (p. 452-453), l'« aristocratie ascétique » des cadres du public et des professions intellectuelles supérieures (p. 325), et enfin, beaucoup plus longuement, l'ascétisme petit-bourgeois (par exemple p. 382).

35. G. TAIT, « Anorexia nervosa : asceticism, différenciation, government », *art. cit.*, p. 205.

sera traitée plus systématiquement par la suite, mais on peut dès maintenant relever que les pratiques anorexiques témoignent d'un ethos du contrôle sur le destin corporel et social qui n'est pas neutre socialement. Il s'oppose en effet à ce qui est traditionnellement désigné comme un « fatalisme » populaire<sup>36</sup>. Fatalisme corporel tout d'abord : O. Schwartz montre ainsi comment, pour les femmes de certaines fractions des classes populaires, et notamment celles qui ne travaillent pas, l'« imaginaire » de la transformation corporelle et les aspirations au respect du corps légitime se conjuguent avec de fortes limitations, socialement inscrites, à sa mise en pratique. « Moi, je mange », affirme l'une des enquêtées d'O. Schwartz suite à une injonction médicale à faire un régime, « avec moi les régimes ça tient jamais longtemps », lui dit une autre. Dans le cas de Martine enfin, « ses propos font clairement transparaître l'abandon du corps aux marques de la sujétion, la difficulté de le protéger contre les effets dégradants et même l'impossibilité de le vouloir vraiment, compte tenu de tout ce qu'il faudrait comme frustrations et renoncements supplémentaires pour y parvenir. Martine oscille entre le refus de son corps actuel, le désir de s'en donner un autre, plus gratifiant, et l'échec de ses tentatives successives<sup>37</sup> ». Le déploiement de la carrière anorexique relève d'un ethos opposé, de contrôle et de mise en pratique de la transformation du destin corporel. Ce n'est d'ailleurs pas seulement un rapport au corps qui est ici en jeu. L'ethos anorexique de tension engage plus largement une vision du monde où c'est le destin social lui-même qui doit être contrôlé :

Christine : – C'est ça aussi qui est dur, il y a des choses que je ne maîtrise pas, il y a des choses que je ne sais pas, y'a des choses qui font partie du hasard, qui font partie du « c'est comme ça ». Je crois que c'est le plus dur à admettre, le « c'est comme ça » [...]. J'ai pas l'habitude de faire simple, en fait...

MD : – Et y compris, tu disais, par rapport au hasard...

C : – Oui, exactement... Tout ce qui peut... entrer dans la vie sans qu'on ait demandé que ça rentre... Tout ce que je... On retrouve la notion de contrôle, tout ce qui est pas en mon pouvoir... [Christine, C].

---

36. Voir par exemple R. HOGGART, *La Culture du pauvre*, Paris, Minuit, 1970 (1957), p. 137.

37. O. SCHWARTZ, *Le Monde privé des ouvriers*, op. cit., p. 479-483.

Dans les registres médicaux ou psychologiques, cet aspect peut être rapporté à la pathologie et la « volonté de toute-puissance » qui s'y exercerait. Mais le refus du « hasard », dont témoignent à la fois la planification, la rationalisation extrêmes de la vie et le travail sur le temps et les dispositions mis en lumière dans la deuxième partie, est susceptible d'une autre interprétation. Il s'oppose en effet au « goût du hasard » populaire : « Le premier [fondement du goût du hasard] a déjà été mis en évidence par Hoggart : c'est le goût de la chance, de la surprise, avec deux corollaires : négation du prévisible absolu [...] ; préférence pour les explications fatalistes du monde – “c'est comme ça et c'est pas autrement”, on n'y est pour rien, on subit le “sort” –, envers de l'incapacité de projet, de l'inutilité des décisions<sup>38</sup>. » Parmi les formules utilisées par Hoggart pour illustrer le « fatalisme » populaire, on trouve également les « on verra bien », « si ça doit arriver, ça arrivera », « prendre la vie comme elle vient », qui le conduisent à dire que les membres des classes populaires tendent à « se représenter comme des lois de la nature les contraintes sociales<sup>39</sup> ». Or, en forçant le trait, on pourrait renverser la formule en ce qui concerne l'ethos anorexique : les contraintes « naturelles » (biologiques, corporelles...) y sont vues comme soumises à la loi sociale du contrôle sur le destin.

De plus, le deuxième fondement du goût du hasard populaire analysé par F. Weber entre lui aussi en résonance avec l'ethos anorexique : « Le hasard restaure l'égalité absolue entre les joueurs [...]. [Le loto comme jeu de hasard] remplit parfaitement l'exigence d'égalité dont j'ai décelé la présence dans les scènes sociales [...]. Personne n'est *eu* par personne au jeu de la chance ; les dés ne sont pas pipés. Outre qu'ils y “rejouent” leur vie toutes les semaines, les ouvriers apprécient dans le loto (par exemple) l'inverse du jeu social où ils n'ont aucune “chance” et qu'ils vivent comme une tromperie permanente<sup>40</sup>. » De ce point de vue, le loto n'est pas un « jeu anorexique », comme l'est en revanche le « jeu de société » – l'expression prend ici tout son sens – décrit par Camille [C] :

[À l'hôpital] je jouais aux dames chinoises... [...] C'était des dames chinoises super-complexes, c'était un modèle différent enfin,

---

38. F. WEBER, *Le Travail à côté*, op. cit., p. 197.

39. R. HOGGART, *La Culture du pauvre*, op. cit., p. 137.

40. F. WEBER, *Le Travail à côté*, op. cit., p. 197.



donc c'est des parties, on allait hyper-vite quoi, le but c'était de faire un chemin hyper-rapide pour que l'adversaire puisse pas le voir et qu'elle puisse pas le reprendre, on était devenues des championnes des dames chinoises à [l'hôpital J, service spécialisé sur les troubles du comportement alimentaire] ! [Camille, C].

Si le jeu définit un modèle de société et de rapport à la société, les dames chinoises représentent un modèle où faire son chemin, au sens très actif du verbe « faire », est possible. Il désigne aussi un rapport au monde, sur lequel on reviendra, où ce chemin se fait contre les autres, où il s'agit très explicitement d'« avoir » les autres, de gagner pour soi et de gagner contre eux : au jeu de la stratégie, contrairement au jeu de la chance, pour gagner il faut que le perdant soit « eu ».

### *L'importance et la maîtrise des assignations*

La tension anorexique révèle donc un ethos du contrôle sur le destin corporel et social qui rend *possible* l'entreprise de transformation de soi et qui donne une coloration particulière à l'ascétisme des conduites. Une troisième composante de cet ethos la rend elle socialement *souhaitable*. Cet ethos de tension se conjugue en effet avec une attention extrême portée aux jugements d'autrui et aux assignations sociales. Au contrôle de soi de l'ascèse individuelle correspond une volonté de contrôle du jugement des autres sur soi, tout particulièrement sur les produits du travail ascétique. Dans la mesure en effet où le jugement des autres est « atroce », il s'agit de se donner les moyens de le contrôler :

J'ai envie que personne ne me connaisse vraiment, justement pour pas... susciter aucun jugement... aucun... qu'il soit favorable ou défavorable, j'ai pas envie... [...] C'est assez atroce, je veux dire, le regard des autres... [Yasmine, C].

Je pense d'abord aux autres, à ce qu'ils peuvent penser, au regard de l'autre plutôt qu'à moi ce que je veux vraiment quoi... [...] Y'a toujours un contrôle sur soi permanent de ce qu'on va dire, de ce que va penser l'autre [...]. Enfin, moi c'était toujours pour l'image que je voulais donner aux autres... Donc j'ai tout fait pour avoir l'image que je voulais donner [Isabelle, C].

L'anorexie et tout particulièrement la maigreur sont alors présentées comme des moyens d'agir sur les assignations publiques en devenant « irréprochable » :

Je sais pas pourquoi, mais ça me fascine la maigreur [...]. J'arrive pas à trouver ça laid... Même on me le dit, on me dit que c'est pas beau, mais... je sais pas, y'a quelque chose... C'est toujours cette idée d'irréprochable, on n'a rien à reprocher, y'a rien qui dépasse, tout est... [Christine, C].

Le caractère radical de la maigreur peut même être présenté, paradoxalement, non plus seulement comme une façon de se conformer à l'irréprochable mais comme une façon de s'extraire du jugement d'autrui sur soi, de changer la règle du jeu des assignations en imposant la catégorie par laquelle on est perçue. On retrouve donc une hypothèse qui a été faite dans la deuxième partie, concernant la volonté et la possibilité d'imposer une catégorie, celle de « maigre », comme catégorie de perception de soi, et donc de s'extraire ainsi du jugement d'autrui. La maigreur extrême permet en effet l'obtention d'un corps « hors de normes », c'est-à-dire qui est trop loin des normes habituelles pour pouvoir être jugé par les autres : « J'ai toujours été super-complexée... et puis... je sais pas, l'anorexie, là enfin je me trouvais un non-corps, non complexé, etc. [...]. [Un corps] hors de normes... » [Yasmine, C].

Le travail sur le corps peut donc avoir pour objectif d'imposer, et non de subir, l'étiquetage et l'évaluation sociale des corps<sup>41</sup> : se vouloir « maigre », « très maigre » est une façon d'imposer un corps auquel personne ne peut donner une autre évaluation que celle-là, là où une jeune fille « mince » pourrait toujours être vue comme « trop grosse ». Le corps « extrême » remodelé par le travail anorexique devient alors montrable, voire exposable, parce qu'il est impossible qu'il

---

41. De ce point de vue, le travail de transformation de soi effectué par les anorexiques s'apparente à celui analysé par F. Matonti dans un cas pourtant bien éloigné, celui d'un parlementaire aristocrate sous l'Ancien Régime et la Révolution française, Hérault de Séchelles : « Si l'on veut exercer quelques contrôles sur [I] es étiquetages, et dès lors les manipuler à son profit – et c'est bien là la préoccupation d'Hérault – [...] il convient d'engager un travail de construction de soi [...]. Il faut donc, par le modelage du corps et de son maintien, imposer soi-même le sens que l'on souhaite produire, et saisir par là même les chances de puissance qui en découlent. C'est une logique semblable à celle du contrôle des rapports de face-à-face où il s'agit de tenir le rôle que l'on s'est choisi et non d'entrer de force dans celui que les autres vous assignent », F. MATONTI, *Hérault de Séchelles ou les infortunes de la beauté*, La Dispute, Paris, 1998, p. 38-45.

produise un autre jugement que celui que Yasmine, par exemple, souhaite voir produit sur elle-même, de la même manière que sa « culture en béton » était publiquement inattaquable :

J'étais tellement... tellement maigre, tellement comme ça [elle serre les poings], tellement dure en moi-même, j'étais tellement dure envers moi-même, je l'étais aussi envers les autres mais c'était assez masqué, mais mon corps je voyais très bien que ça brusquait les autres, quand on me voyait dans la rue ça faisait... comme ça [réaction « haut-le-corps »]... Tout ça, cette manière de choquer les autres, j'aimais ça... Une petite agression permanente... [...] Je me montrais, j'exposais mes petits os... [Yasmine, C].

Cependant, comme on l'a déjà envisagé dans la deuxième partie, cette tentative pour obtenir la maîtrise des interactions et du jeu d'assignments, si elle témoigne bien de l'existence d'une composante particulière de l'ethos de tension, achoppe en pratique sur l'imposition du diagnostic d'anorexique comme définition extérieure particulièrement puissante.

### **L'élitisme anorexique : vers l'exceptionnalité sociale**

Les composantes de l'ethos de tension envisagées jusqu'à présent font intervenir le premier sens de ce terme et la façon dont il implique une série d'efforts constamment renouvelés dans le contrôle des conduites ascétiques, du destin corporel et des assignments publiques. Mais si l'on peut parler ainsi de « tension », c'est que le travail de transformation n'est pas seulement « effort », mais qu'il est également « mouvement », qu'il n'est pas seulement situé mais qu'il est orienté. Les dernières dimensions de l'ethos anorexique, qui font intervenir le rapport aux autres et des positionnements *relatifs*, vont permettre d'achever la mise en évidence de cette orientation du travail de transformation de soi vers l'exceptionnalité sociale. La poursuite de l'analyse de l'ethos anorexique révèle en effet ses dimensions élitistes et agonistiques que manifeste notamment l'aspect compétitif des pratiques alimentaires et scolaires.

Lors de l'examen des pratiques corporelles et culturelles, on a déjà fait apparaître l'orientation vers l'excellence sociale du

travail anorexique de transformation de soi. Or, la dimension élitiste de l'ethos anorexique conduit à parler plus précisément d'une tension vers l'exceptionnalité sociale, ce que le corps anorexique « extrême » présupposait déjà et dont les citations suivantes peuvent donner une première idée :

Je voulais pas suivre le chemin des autres [Émilie, C].

Je dénotais, je voulais sortir un peu du lot [...]. Je ne me voyais pas me fondre dans la masse, hein ? [Sophie, C].

En même temps je le savais que j'étais maigre. Mais pour moi ce n'était pas assez. Je savais qu'aux yeux des autres c'était pas beau, mais mon regard à moi était différent et ça me plaisait de cultiver cette différence-là [Véronique, I].

C'est des plaisirs, des déplaisirs, mais c'est vraiment très fort, on a l'impression de vivre ce que personne ne pourra vivre [...]. On a l'impression d'être des surhommes, un peu, à la limite du paranormal [Yasmine, C].

L'ascétisme qui s'exerce sur différents domaines pratiques prend alors un nouveau sens. Il devient modalité d'action sur les classements symboliques et canal de production d'un « être sacré » au sens de Durkheim, c'est-à-dire *séparé* du profane par la rigueur de sa pratique : « [L'ascétisme] est donc, en ce sens, un moyen en vue d'un but [...]. Il ne se borne pas à protéger les êtres sacrés contre les contacts vulgaires : il agit sur le fidèle lui-même dont il modifie positivement l'état [...]. Avant, c'était un être du commun [...]. [Après] il s'est rapproché du sacré par cela seul qu'il s'est éloigné du profane ; il s'est épuré et sanctifié par cela seul qu'il s'est détaché des choses basses et triviales qui alourdissaient sa nature<sup>42</sup>. » É. Durkheim précise bien que l'ascétisme ne s'interprète pas seulement en fonction de fins religieuses, et que cette manière de « dompter sa nature » pour se faire une « place à part dans le monde », de « violenter nos instincts » pour « remonter la pente de la nature » est une « partie intégrante de la culture humaine<sup>43</sup> ». De fait, l'ascétisme à l'œuvre dans les pratiques anorexiques s'inscrit dans des visées bien séculières. Mais y voir un simple aspect, socialement indifférencié, de la « culture humaine »,

---

42. É. DURKHEIM, *Les Formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, PUF, Paris, 1960 (1912), p. 442.

43. *Ibid.*, p. 451-452.

ce serait passer à côté de la manière dont la « solution de continuité » entre le sacré et le profane que l'ascétisme vise à ériger est, comme on va le voir, socialement située dans l'espace des classements symboliques.

### **Les « gros » et les « grosses » comme repoussoir social**

À la présentation de soi sur le mode de la prise en main et du travail sur le corps est en effet associé un mépris explicite du « laisser-aller » qui se manifesterait à la fois dans les pratiques alimentaires et le corps des autres. Le fait de manger (et notamment de manger voracement, ou de faire de la nourriture quelque chose de « convivial ») est tenu pour de la « vulgarité » méprisable :

Véronique : – Je me souviens d'avoir eu un très profond mépris pour les gens qui utilisaient la nourriture pour... comme quelque chose de convivial [...].

MD : – Et sur cette question de la convivialité, l'image que tu avais des repas, c'était une image négative ?

V : – C'était l'image d'un laisser-aller [Véronique, I].

De voir mes parents quelquefois manger, ça me paraissait quasiment obscène, quoi... Je pouvais plus les regarder manger, c'est... [...] Je sais pas, ça fait assez pantagruélique quoi... Bon, mon père n'est pas très discret de toute façon quand il mange [...]. Y'a quelque chose de très vorace, quoi, que j'aime pas... Enfin c'est clair... [...]. De savoir que les uns et les autres [...] sont... vulgaires dans le sens commun, enfin que leurs réactions, que leur vie est vulgaire... [Anne, C].

On retrouve donc ici l'alternative entre la substance et la forme envisagée plus haut à propos des consommations alimentaires, mais explicitement présentée en relation et en opposition avec ceux qui ne mangent pas dans ces « formes »-là. De même, le corps « gros » est celui des gens grossiers tout comme le corps « fin » est celui des gens fins<sup>44</sup> :

---

44. À l'opposé de la valorisation populaire du « bon vivant », du « bon gros, joufflu et ventripotent », R. HOGGART, *La Culture du pauvre*, op. cit., p. 186.

Donc j'ai eu envie de faire ça [un régime] parce que c'est vrai que je me trouvais un peu grosse... J'étais pas obèse [...] mais bon, c'est moi, j'étais pas très bien dans ma peau [...]. Parce que en plus, par rapport à mes copines... Déjà, dans ma famille, on a une carrure, quoi, on est plutôt musclés, avec des gros os, on n'est pas des gens fins... Je me sentais toujours beaucoup plus grosse que mes copines donc je me sentais pas bien, quoi... [Julie, H].

Le fait de tenir le régime et la restriction alimentaire devient alors la pierre de touche d'une « force de caractère » qui signale l'excellence sociale par opposition avec ceux qui « n'y arrivent pas » :

Les gros, les obèses... C'est des gens qui étaient pas assez forts... de caractère. Et moi je suis assez... je sais pas si je suis forte de caractère, mais à un moment je l'étais [Yasmine, C].

[L'interne du service U me raconte un entretien clinique avec Hélène :] MD : – Là elle a dit que sa sœur faisait un régime ? Interne : – Oui, parce qu'elle a des problèmes de poids, elle n'est pas obèse hein, mais elle a tendance à prendre du poids, c'est Hélène qui me l'a dit, et elle a dit « mais c'est pas moche du tout », alors que je pense qu'elle doit trouver ça moche ! Elle m'a dit aussi, « elle fait des régimes mais elle ne va pas jusqu'au bout » [JT].

Or, ce type de représentations est loin d'être spécifique aux enquêtées. Comme le souligne plus généralement J.-C. Kaufmann, « la morphologie elle-même est de plus en plus considérée comme le résultat d'un travail, l'indicateur d'une compétence, signe de distinction : le gros n'est plus seulement gros mais de surcroît une personne incapable de ne pas être grosse. “Y'en a qui sont grassouillettes et qui s'en rendent même pas compte. C'est une question d'éducation, il faut être conscient de son corps” (F174) ; “Y'a des gens qui ont la volonté de travailler leur corps, et y en a d'autres qui n'ont pas la volonté, c'est tout. Faut pas raconter d'histoires ! Sans parler de chirurgie esthétique, on peut remédier à bien des choses, il suffit d'avoir la volonté” (H89). La volonté, mais aussi la culture adéquate, et l'argent nécessaire : contre le hasard biologique, riches et pauvres tendent à se répartir suivant une échelle de la beauté<sup>45</sup> ».

---

45. *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*, Nathan, Paris, 1998, p. 226.

La liaison entre corps « gros » et « vulgarité » se rejoue d'ailleurs également dans la distanciation d'avec les « grosses » ou les « femmes avec des formes » :

Parce qu'on avait une voisine qui était très précoce, qui avait des formes et tout [...]. Et moi cette nana je la trouvais sale, je la trouvais dévergondée... avec des histoires... [...]. Alors moi : « Beurk beurk beurk, je veux pas lui ressembler, moi, il est hors de question »... Ouais. Et je crois que ça me dérangerait [Sophie, C].

Pour moi les formes ça me... J'aime pas quoi... Quand je vais chez une psychomotricienne, hier par exemple, donc elle, elle me masse, ensuite on parle et tout, et je lui disais : « Mais vous savez, quand vous me massez les os et tout ça, quand vous me touchez, quand vous me faites bien comprendre qu'ils sont là, ça devrait me faire sursauter et me dire, "c'est horrible et tout" », mais c'est presque un plaisir, je me dis : « Tiens, moi je préfère avoir mon corps dur et sentir ma structure plutôt que d'avoir... » Je préfère un corps comme ça plutôt qu'un corps très charnel quoi... [Isabelle, C].

Ainsi, le corps « dur » et « structuré » est à la fois présenté positivement comme une forme préférable du corps féminin, et en opposition à un corps « charnel », « avec des formes », toujours susceptible de pouvoir être un corps de « grosse ». Ce qui transparait ici, c'est l'existence de différents modèles sociaux de la « féminité » où se combinent espace des classes et espace des genres. Or, on retrouve dans ces schèmes de perception à la fois l'espace social des corps évoqué plus haut (la situation sociale de la corpulence et des jugements sur la corpulence) et le lien entre le corporel et le culturel. La porosité entre ces deux domaines, mise en lumière précédemment, se retrouve dans les catégorisations du pire. Les « grosses » sont « bêtes », et leur « vulgarité » est inséparablement corporelle et culturelle :

Ma mère a une sœur qui elle a des problèmes alimentaires, qui est très... qui est un peu obèse... et je l'ai toujours connue comme ça, un peu ronde, maintenant elle est obèse, mais à l'époque elle était ronde [rires]... Y'avait à son égard une certaine moquerie... pas méchante, hein, mais c'était pas elle qu'on admirait... Et bon, je pense que ça a dû jouer aussi... [...] Parce qu'elle était extrêmement enfantine, qu'elle avait pas du tout réussi ses études, qu'elle avait toujours des histoires sentimentales terrifiantes... Enfin bon... Mais j'y pense, d'ailleurs, j'ai une famille qui est vraiment à tiroirs, bon y'avait une partie de la famille où y'avait trois

filles qui étaient toutes... grosses, vulgaires... moches, cons... enfin bon ! [rires] et c'était tout un ensemble. Et c'est vrai que pour moi le physique allait avec l'intellect, et que plus j'étais fine physiquement, plus je devenais fine intellectuellement [...]. Mais je pense que j'ai entendu de la part de mon père le discours... enfin l'assimilation des gens gros aux gens bêtes... ou aux gens pas intelligents. Je suis sûre que... Je l'ai entendu plusieurs fois [Véronique, I].

Du coup, un même mépris social peut s'exercer à l'encontre de ceux qui ne travaillent pas scolairement et de ceux qui ne travaillent pas leur corps :

Je me croyais mieux que tout le monde, que ce soit par rapport à mon corps ou dans ma tête... J'étais dans un monde de forts, j'étais la meilleure, la plus belle, la mieux [...]. Je me fascinai : le fait de perdre du poids, je crois que j'étais devenue... C'est ce que je te disais quoi, j'étais mieux que tout le monde, plus belle que tout le monde, je savais tout mieux que tout le monde [...]. Y'a toujours un groupe dans la classe qui est toujours à foutre le bordel et tout [...]. Au début je les enviais, au tout début je les enviais, je me disais "oh là là qu'est-ce que j'aimerais arriver à... m'en foutre", puis petit à petit je me suis dit : « Mais non, c'est moi qui ai raison, eux ils sont nuls », puis on retrouve ce que je te disais au début, quoi. Ah oui y'a vraiment une... J'étais méprisante quoi après, j'étais vraiment devenue... odieuse... [...] Après pour les gens gros j'avais un côté méprisant. Je me disais que j'étais supérieure à eux parce que moi j'étais pas grosse [Christine, C].

« Laisser-aller » scolaire et « laisser-aller » corporel sont donc conjugués dans la constitution d'un modèle repoussoir construit autour de son incapacité à tenir l'effort. Les couples de contraires corporels ou scolaires (« gros/maigre », « nul/brillant », « laisser-aller/retenue et effort ») fonctionnent ensemble. Ce qui unifie *in fine* ces représentations-repoussoirs, c'est l'idée du corps « gros » comme corps subi, abominablement naturel, là où le corps maigre incarne l'ethos du travail et de la construction volontariste de soi, comme culture du corps supérieure à sa nature :

MD : – Et quel était le regard que tu portais sur les gens que tu trouvais trop gros ?

Louise : – Je les enviais pas... [...] Ils étaient comme ils étaient [...]. Je me suis dit : « C'est pas de leur faute, ils sont gros, c'est



la nature qui veut ça » [...]. Quand je voyais des personnes grosses : « Ce serait bien si elles pouvaient maigrir, mais si elles peuvent pas... » [Louise, H].

Ce qui me gênait un peu plus justement c'était le côté, surtout chez les femmes, de féminité, enfin bon, chez les hommes aussi, je me disais, ça faisait un peu laisser-aller, parfois, je sais pas, je trouvais... Enfin le côté féminin chez la femme comme ça avec les rondeurs et tout, j'ai du mal hein ? [...] J'avais tendance un peu à penser que c'était du laisser-aller... Oui... Mais après, bon quand je suis rentrée [dans un centre de convalescence], c'était un centre, bon, y'avait de toutes les pathologies, y'avait notamment des obèses... et je crois que j'ai vraiment... commencé à penser différemment aussi... Que ça pouvait être lié à des problèmes psychologiques, puis j'étais vraiment tolérante, vraiment, et puis c'était naturel, quoi, plus de problèmes par rapport à ça... [Sophie, C].

Au-delà des différences entre ces deux positionnements – Louise affirmant d'emblée le destin naturel du corps gros, Sophie mentionnant d'abord une dénonciation du laisser-aller qui fait place dans un second temps à une « tolérance » de l'incarnation de ce destin naturel chez les autres –, elles se rejoignent sur un point important, une posture qu'on pourrait qualifier de condescendante, qui représente alors une forme dicible de mépris social pour les corps gros, comme une « nature » qu'il ne s'agit apparemment pas de reprocher, dans le cas de Louise, à ceux qui en sont les victimes. Mais en même temps, c'est bien cette « nature corporelle » qui a été domptée par le travail effectué par les enquêtées sur leur propre corps, jusqu'à la maigreur, ce qui donne alors un sens différent au « ce n'est pas grave car c'est subi, naturel, et on n'y peut rien » de ces extraits d'entretiens : certains n'y peuvent rien, mais d'autres arrivent à s'arracher à ce fatalisme corporel et à se réserver l'accès au « sacré » par l'ascétisme.

L'élitisme anorexique va même plus loin. Il s'agit non seulement de ne pas être « grosse », mais aussi de ne pas même être « normale » :

Sidonie : – Le pire que j'ai fait c'est 1,63 mètre pour cinquante-quatre kilos... C'est le plus gros et je pense pas que ce soit énorme... Normal, quoi...

MD : – Et là... ?

S : – Là je voudrais être mince, quoi, je voudrais maigrir, c'est tout...

MD : – Mais tu dis que cinquante-quatre kilos pour ta taille...

S : – Ah mais je les fais pas, là ! Oh là là, si je les faisais...

MD : – Mais tu dis que c'est « normal » en même temps ? !

S : – Oui, mais je veux pas être « normale » ! [Sidonie, H].

Dans ma tête je pourrais pas me dire que je porte un 38 quoi... Je sais que ça resterait un petit peu un blocage... Déjà j'oscille entre 34 et 36, et ma mère veut pas que j'achète des 34 parce que sinon je resterais comme ça tout le temps... Donc à la limite 36 je veux bien, mais 38 je peux pas... [...] Pourtant mes parents ils arrêtent pas de me dire : « T'as plein de qualités » [...]. Moi pour moi c'est pas grand-chose quoi, c'est normal... [...] ça me paraît pas être un plus par rapport aux autres... [...]. En perdant du poids en fait, on a un certain pouvoir sur nous-même et sur les autres, parce que d'un certain côté on est différent d'eux [...] on a moins de poids qu'eux... [...]. Parce que j'ai toujours eu l'impression de me sentir différente des autres... Je me sens pas « normale », justement... [...]. Tout le monde dit que je suis maigre... Mais en même temps ça me fait plaisir quand on me dit que je suis maigre [...]. J'aimerais pas qu'on me dise : « T'es normale », ou qu'on n'en parle pas... [Isabelle, C].

Ne pas être « normale », c'est donc « avoir un plus par rapport aux autres » : il ne suffit pas de se distinguer de l'indignité corporelle et sociale, il faut aussi se distinguer de la « normalité » non distinctive. Cette dimension élitiste apparaît aussi, au moment de l'entretien, dans le rapport à l'enquêtrice et à ce qui semble apparaître aux enquêtées comme son « poids normal ». Sidonie parle de ce « poids normal » comme d'un poids « pour les hippopotames » ; Louise m'explique quelque chose que je ne « peux pas savoir », faute sans doute de ne porter aucune des marques corporelles de la capacité au jeûne ; et Isabelle, tout en souhaitant bien sûr ne pas « me vexer », explicite tout son mépris pour ce corps « qui me va », mais qui ne lui irait pas, à elle :

MD : – Quand tu dis : « J'ai fait la différence des poids », c'est le « calcul du poids idéal » ?

Sidonie : – Ouais, non ça va ! J'étais toujours en dessous quand même, parce que faut être des hippopotames [pour faire ce poids-là] ! [Sidonie, H].

[Quand on ne mange plus beaucoup] on se sent bien, tu peux pas savoir, franchement on se sent très bien [Louise, H].

MD : – Et les autres filles à la danse, alors, tu les voyais comment ? Par exemple je sais pas, celles qui étaient plus rondes que toi, est-ce que tu les trouvais trop grosses ?

Isabelle : – Alors, y'a eu une époque... Alors... Sois pas vexée, hein ?

MD : – Non, non !

I : – Y'a eu une époque où pour moi, tout le monde était super, bon même... pas les gros, hein, pas les obèses et tout, mais je veux dire, tout le monde de normal, je les enviais, et puis je me disais, enfin, en même temps je les envie, et en même temps je me dis : "Ça leur va bien à eux, mais à moi ça m'irait pas", par exemple à toi ça te va bien, mais à moi ça m'irait pas... Et puis là, je sais pas, depuis quelque temps, alors ça y est, je trouve tout le monde heu, je voudrais pas lui ressembler, et que... En fait je suis contente comme je me ressemble et comme ça c'est moi et voilà... [Isabelle, C].

Dans cette visée distinctive par rapport aux « normaux » s'inscrit de plus la minimisation du travail effectué lors des phases de la carrière, à la fois au moment du déroulement de ces phases et au cours de l'entretien. Si les pratiques effectives permettent de repérer le travail anorexique, son euphémisation peut constituer un enjeu distinctif :

J'essayais toujours de manger normalement, de faire montrer que je mangeais normalement [...]. Parce que je voulais faire montrer que j'étais mince en mangeant [...]. Je voulais envoyer cette image : j'étais mince mais je mangeais normalement, ou [même] je mangeais plus que la normale... Mais j'étais pas mince parce que je mangeais pas... [Louise, H].

Le « labeur » de la restriction alimentaire, de la dépense physique et des diverses pratiques de la prise en main peut donc être masqué dans les pratiques, voire passé sous silence dans les entretiens : on peut en voir une preuve *a posteriori* dans le fait que j'ai moi-même mis longtemps à interpréter sous ce terme de « travail » les pratiques de la prise en main, à poser la question des conditions de possibilité d'une telle transformation de soi – y compris dans ses aspects physiques –, ou à voir l'effort dans l'exercice ascétique. Le « j'ai continué à maigrir », relevé dans le chapitre 5 comme une version euphémisant le travail de maintien de l'engagement prend donc ici un nouveau sens : la minimisation du « labeur » et des efforts du travail comme

posture distinctive, qui vise la naturalisation de l'exceptionnalité sociale. Les diverses pratiques de secret (de discrétion, de leurre) ne visent pas seulement à permettre le maintien de l'engagement, elles relèvent également d'un travail de définition de la situation dans le cadre de cet enjeu distinctif.

Enfin, il ne s'agit pas seulement de peu manger mais de manger moins que les autres (« À la rigueur, quand je mangeais ça allait du moment que tout le monde mangeait plus que moi... Ou autant à la rigueur... Mais si quelqu'un mangeait moins que moi, là ça allait pas » [Anne, H]), pas seulement d'être maigre mais d'être la plus maigre (on se souvient peut-être de l'usage de la comparaison au corps des autres décrit par Nadège [H] et cité dans la deuxième partie), pas seulement d'être bonne en classe mais d'être la meilleure :

Isabelle : – Ouais, j'en veux toujours plus, dans tous les domaines, ça me suffit pas, soit il faut que j'aie une meilleure note, soit il faut que...

MD : – Et meilleure par rapport aux autres ou par rapport à toi-même ?

I : – Par rapport à moi-même surtout... euh... Non, pour les notes c'est par rapport aux autres [...]. Parce que je me compare tout le temps aux autres » [Isabelle, C].

[Véronique est la première de sa promotion à l'université] Et à partir de ce moment-là, il fallait absolument que je le reste, quoi... Donc l'angoisse, c'était celle-là... [...] J'avais simplement ce souci de ne pas redescendre... [...] J'en ai jamais parlé à personne et pourtant j'avais l'angoisse de plus être la première, et l'idée de... enfin, une espèce de paranoïa qu'on voulait me prendre ma place... Donc... Bon, ça va aussi très bien avec l'anorexie, c'est ce besoin d'être admirée, adulée... Alors je n'étais pas admirée ni adulée mais, en tout cas, j'avais ce sentiment de grande réussite, à mon niveau... [Véronique, I].

Le terrain scolaire permet même de faire apparaître en quoi ces pratiques de comparaisons avec les autres témoignent d'une dimension plus spécifiquement agonistique de l'ethos anorexique de tension. Aux catégorisations professorales du caractère « scolaire » des anorexiques comme élèves s'ajoute en effet un deuxième système de catégories qui s'organisent autour de l'idée d'un ethos et de pratiques de compétition scolaire. Tous les enseignants font état, à des degrés divers, d'une relation aux autres

élèves marquée par des formes plus ou moins mises en scène de mépris pour ces élèves « moins rapides » et en font une caractéristique du comportement en groupe des élèves anorexiques :

Il y a des élèves qui ont des interrogations, qui se posent des questions, des choses qu'ils n'ont pas comprises... Alors que elles, elles ont compris... Elles ont compris le cours... [...]. Alors elles vont avoir une attitude, en fait très... je dirais très professorale, qui va dire, « oui bon on perd du temps là, et ceux-là ils nous emmerdent, ils posent trop de questions, il faut qu'on revienne au cours, on n'avance pas assez vite »... [M. Q.].

Charlotte est très impliquée dans mon cours. Dure avec les camarades qui, selon elle, perturbent le cours [...]. Excédée par les questions « intempestives » et l'« agitation de ses camarades », elle sort quelques instants pour ne pas exploser [transmissions enseignantes].

M. E., jeune enseignant arrivé depuis peu dans le lycée, a été tout particulièrement frappé par ce type d'attitude, au point que, ayant évoqué ce thème durant l'entretien, il y revient à la fin pour insister sur ce qui lui paraît le plus spécifique :

[En début d'entretien] Mais sinon, au niveau du groupe les anorexiques sont assez... [« spécieux » ou « spéciaux »] aussi parce qu'ils admettent... ils ont du mal j'ai l'impression à admettre en fait le reste du groupe, ça les freine... Donc, dès qu'on essaie d'expliquer quelque chose à un autre élève qui a plus de difficultés en compréhension, immédiatement, eh ben voilà, on s'expose à des [il soupire] « pfffffou », elle souffle, elle attend, elle a fini son exercice, il faut que je lui en donne un en avance, et puis une demi-heure plus tard on corrige celui qu'elle avait déjà terminé... [...].

[En fin d'entretien] Non, ben ce qui était important peut-être c'est le côté « groupe »... C'est assez amusant à voir... Avec l'impression, pour ces personnes [les anorexiques], c'est là de traîner des boulets, qui empêchent l'avancement correct d'un cours, d'un thème, ça c'est quelque chose qui m'a frappé en fait cette année...

MD : – Et des boulets qui sont de quel type ?

E : – C'est... c'est des gens qui leur posent des questions qui leur semblent complètement ridicules... Et non seulement ça leur semble ridicule, mais en plus ça les freine dans leur avancement... parce que on va peut-être prendre du retard, parce que... C'est ça qui les gêne, c'est ce retard, là, qu'on risque de prendre à cause de gens qui comprennent pas assez vite... [M. E.].

Ainsi, les autres élèves apparaissent à la fois comme des « boulets », qui « ralentissent » le cours et constituent des freins à l'investissement scolaire, mais aussi comme des élèves « ridicules » sanctionnés par la mise en scène de marques de mépris. À ces manifestations de mépris peuvent s'ajouter des pratiques actives de disqualification par promotion de soi : « C'est-à-dire qu'elle prend la parole, par exemple après la prise de parole d'un autre élève, et elle sait pertinemment qu'elle apporte un point de vue à ce moment-là, qui ne rend pas nécessairement caduc l'autre, mais enfin qui est quand même, bon, d'un autre niveau, quoi... Donc c'est un peu, "élevons le débat", hein, donc tout dépend quel est l'élève qui a pris la parole avant... Parfois... évidemment ça lui plaît pas trop [à l'élève qui a pris la parole avant], hein, c'est logique, c'est logique [rires]. Et elle prend son ton, là, l'air de rien, mais personne n'est dupe ! » [Mme W.].

La tension vers l'exceptionnalité sociale s'inscrit ainsi dans des pratiques concrètes de comparaison et de compétition. Dans l'analyse de la carrière, on a présenté ces pratiques de comparaison – avec ce que mangent les autres, avec le corps des autres, avec le niveau scolaire des autres – comme des instruments d'évaluation et donc des techniques de maintien de l'engagement : manger moins que les autres constituant alors une technique pour moins manger, être plus maigre que les autres une technique d'évaluation et de motivation de soi dans l'amaigrissement, devenir scolairement meilleure un outil d'encouragement au travail scolaire. Mais on peut également les interpréter du point de vue de la dimension agonistique de l'ethos anorexique de tension. Deux registres de langage circulent dans le corpus d'entretiens, celui de la « lutte », de la « compétition » voire de la « guerre », et celui du « jeu » (« C'est un jeu, pour moi c'est un jeu cette maladie » [Isabelle, C]). Ils évoquent bien l'idée d'une culture de l'*agon* (« combat, lutte, compétition, rivalité, [...] culture de la lutte dans tous les aspects de la vie [:] jeux Olympiques, concours de tragédie, guerre<sup>46</sup> ») que l'on avait vu apparaître plus haut dans le jeu des « dames chinoises » de Camille. Cet ethos agonistique opère alors par une évaluation constante de soi par rapport à l'autre, une comparaison constante des capacités et des

---

46. C. BAUDELLOT, R. ESTABLET, *Allez les filles !* Seuil, Paris, 1992, p. 155.

réalisations des uns et des autres<sup>47</sup>. Il s'agit de savoir très précisément qui l'on est en sachant où l'on est par rapport aux autres, et de travailler constamment à améliorer cette position :

Avant [« pendant » l'anorexie] pour moi la différence [entre les personnes] c'était « mais je suis combien par rapport à untel ? » On est en dessous ou, mieux, au-dessus. Alors que maintenant, je suis différente et puis c'est tout. Et même, je fais quatre kilos de plus qu'elle, et alors ? J'ai eu cinq points de moins en maths, mais et alors ? [...] [« Pendant » l'anorexie] on est tout le temps dans un rapport de force, c'est simple. Tout le temps... comme ça, en train de dire... de toute façon, y'a le meilleur et y'a... le moins bon, et forcément faut se battre pour être le meilleur. Tout est en comparaisons : « Je suis moins que celui-là mais plus que celle-là. » Tout est en gestion, en calculs... [Yasmine, C].

La vision du monde social qui transparait dans cet extrait est celle d'un monde extrêmement hiérarchisé et compétitif, où l'attribution du statut social s'obtient et se défend féroce­ment sur la base d'objets culturels (le corps, les consommations alimentaires, les résultats scolaires...) érigés en cristallisateurs absolus de la valeur sociale de la personne.

## **Le corps comme capital distinctif total**

Cette topologie sociale particulière, dans laquelle s'inscrit le travail sur les fronts culturel et corporel, en vient à faire du corps, pour les jeunes filles enquêtées, un capital distinctif total, qui est même susceptible, on l'a vu, d'incorporer d'autres capitaux. Or le fait qu'il puisse jouer ce rôle pour les enquêtées peut à nouveau s'interpréter du point de vue de leurs propriétés sociales.

Historiquement tout d'abord, le corps lui-même, et non plus la transformation de son apparence par l'usage du vêtement, est devenu un marqueur distinctif déterminant : « Plus subtilement, ce qui est demandé au vêtement, c'est non plus de faire subir au corps une sorte de correction culturelle, mais de le mettre en

---

47. Il faut noter que c'est au sein du groupe des anorexiques elles-mêmes, tel qu'il est constitué à l'hôpital, que les pratiques de « compétition » peuvent être les plus vives, parce que l'« exceptionnalité » se partage difficilement. Pour une analyse de cette compétition intragroupe, voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse citée, p. 364-372.

valeur dans son apparence naturelle : cette exaltation, hautement culturelle, du corps naturel suppose que le corps lui-même et non plus les symboles sociaux de la richesse et de l'auto-rité [...] devient le support de la distinction sociale et, du même coup, l'objet privilégié du travail de transfiguration culturelle<sup>48</sup>. » En termes de classes sociales, les représentations qui font du corps un « signe », et donc rendent possible son usage comme marqueur distinctif, s'opposent à celles qui font du corps une « force ». Le corps n'est alors pas une ressource qui sert à « tenir » mais un signe qui sert à « représenter ». De plus, on l'a vu, le poids est justement un marqueur plus clivant pour les femmes que pour les hommes – c'est d'abord et surtout la taille qui oppose hommes cadres et hommes ouvriers. Dans la mesure où il existe des moyens d'agir sur le poids qui n'ont pas d'équivalents en ce qui concerne la taille – les talons ne modifiant pas le corps de la même manière que le régime peut le faire –, ce qui est clivant sans être guère modifiable pour les hommes est clivant de manière travaillable pour les femmes<sup>49</sup>. De ce point de vue, il est possible que le corps féminin soit socialement imposé comme moins fini, moins achevé que le corps masculin, c'est-à-dire comme constituant un espace de travail dont les profits distinctifs peuvent provenir à la fois du travail sur le corps (par opposition au laisser-aller) et du résultat corporel de ce travail (le corps que l'on se fait). 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 » sociohistorique où le corps distingué peut jouer comme cristallisateur de la valeur sociale de la personne.

---

48. P. BOURDIEU, Y. DELSAUT, « Le couturier et sa griffe : contribution à une théorie de la magie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, 1975. Le fait que les soins du corps tendent à devenir prioritaires par rapport aux achats de vêtements (N. HERPIN, D. VERGER, *La Consommation des Français*, La Découverte, Paris, 2000, tome I, p. 77) pourrait en être la traduction statistique.

49. Pour une revue de littérature sur ce caractère à la fois « objectivé » et « modifiable » du corps féminin – mais où seules les dimensions de genre sont prises en compte –, voir M. MACSWEEN, *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*, Routledge, Londres, 1993, chap. 6 : « Juste après les normes portant sur l'obligation féminine de maximiser la séduction corporelle viennent les promesses de sa possibilité (Ferguson, 1983) [...] Les corps féminins sont "en vitrine" ; les femmes doivent faire de leur corps des spectacles appropriés et acceptables, des objets extérieurs à elles-mêmes » (p. 174).



Les premières phases de la carrière anorexique s'inscrivent donc dans une topologie sociale qui éclaire à la fois les pratiques anorexiques de la prise en main et la visée du travail de transformation de soi mis en œuvre. 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. La mise en espace social de la carrière anorexique fait de plus apparaître la façon particulière dont l'activité anorexique a pour visée de « devenir différente ». Devenir différente de soi – par rapport à avant – au moyen d'un travail systématique de transformation et d'élévation dans l'espace des classements symboliques, orienté vers l'excellence sociale, notamment corporelle et scolaire ; devenir différente des autres en instaurant, par l'ascétisme notamment, une solution de continuité entre soi et les autres qui constitue le laisser-aller des autres, tant corporel que culturel, en repoussoir social absolu, et l'action sur le destin corporel et social en signe de l'exceptionnalité.

---

## L'espace social hospitalier

Après la mise en espace social des premières phases de la carrière anorexique, il reste à opérer un travail équivalent en ce qui concerne la phase hospitalière. Pour faire apparaître l'espace social hospitalier dans lequel elle se déploie, on se concentrera sur deux thèmes, en laissant donc dans l'ombre bien des aspects de cette phase et notamment bien des variations dans les modalités du rapport des patientes à l'hospitalisation : l'inscription sociale du diagnostic d'anorexie et de l'opposition anorexique/boulimique, ainsi que celle de l'une des modalités de la phase hospitalière, à savoir la résistance dont font preuve certaines des patientes anorexiques au point de vue médical qui les engage ou leur impose de changer, et notamment de cesser de maintenir leur engagement dans la carrière.

### **L'inscription sociale du diagnostic**

À l'hôpital, le « social » ne laisse pas la place au « médical » comme si ces deux domaines s'excluaient mutuellement. L'étiquette médicale que constitue le diagnostic d'anorexie prend d'abord sens dans un espace social plus large que le monde hospitalier. Les représentations sociales du diagnostic et des diagnostiquées en sont une première preuve. Ainsi, dans la façon dont sont décrites les patientes anorexiques ou leur comportement transparaissent bien souvent des jugements sociaux qui connotent la position sociale relativement élevée de ces patientes. Cela est parfois même explicite lorsque

l'« anorexique typique » est définie comme une « vraie jeune fille de l'ancien temps » :

[En salle des profs, le directeur du lycée de la clinique m'aborde] Ah j'ai pensé à vous parce que j'ai vu une anorexique, mais alors une anorexique typique ! Je lui demande pourquoi elle veut entrer ici, alors bien sûr elle ne me parle pas de l'anorexie, ça c'est certain, mais bon, elle me dit qu'elle a été hospitalisée, et que du coup elle n'a pas pu finir correctement son année scolaire, elle est en lettres modernes, DEUG deuxième année... [...] Alors sinon je lui demande ce qu'elle fait à part les études, si elle ne s'intéresse qu'à ça, « mais non mais non, j'ai plein d'autres centres d'intérêt », alors c'est quoi : « Ben le piano » ! Alors le piano, elle passe des concours, etc., des examens... Et puis quoi d'autre ? « Ben la danse », c'est pareil, exercices, examens, concours... Alors la danse, le piano, les études... Comme une vraie jeune fille de l'ancien temps ! [ton ironique] [JT].

On peut également interpréter de cette manière toutes les notations qui font des anorexiques des patientes compétentes intellectuellement, en particulier du point de vue des dispositions que présuppose le « travail sur soi » comme apprentissage d'un genre particulier de discours sur soi<sup>1</sup>. Ainsi, un infirmier – parmi d'autres interlocuteurs m'ayant dit la même chose – me précise-t-il : « C'est bien que tu aies choisi les anorexiques pour faire des entretiens, parce qu'elles ont un bon niveau de fonctionnement, de la distance sur elles-mêmes. » [JT]. Aussi bien dans les transmissions infirmières que dans les discours médicaux peut apparaître ce type de codage de la compétence discursive et de la capacité réflexive : ainsi d'une patiente qui est décrite comme « ayant de la répartie », étant « dynamique dans l'échange, assez subtile, fine », ou de cette autre dont une infirmière me dit qu'« elle a tout compris sur elle, sur ce qui lui arrive, elle a des analyses hyper-fines, très intelligentes » [JT]. Le point de vue professionnel peut tenter de mettre à distance ces compétences au discours sur soi, en les renvoyant justement à une « façade » sociale opposée à la profondeur du psychisme, mais elles n'en sont pas moins à la fois repérées et valorisées :

[Conversation informelle avec une interne] Les anorexiques qui sont dans nos services, elles respectent le cadre, et elles parlent en

---

1. Sur l'« inégale distribution sociale des dispositions à parler de soi », voir C. F. POLIAK, « Manières profanes de "parler de soi" », *Genèses*, n° 47, juin 2002.

entretien, c'est vrai que parfois je suis impressionnée par leur discours, mais en même temps tu dois savoir que ce n'est qu'une façade, ce qu'elles présentent, c'est qu'une façade, ce n'est pas [profond...] [JT].

Les termes mêmes employés (des catégories d'excellence scolaire, pour la plupart) montrent bien que ces compétences au « travail sur soi » sont des compétences culturelles liées à l'origine sociale, et c'est sous cet angle que l'on peut interpréter l'opposition qui apparaît, aux yeux de l'équipe, entre deux patients, dont l'une est fille de proviseur de lycée (la patiente anorexique) et l'autre d'origine populaire :

[Réunion de synthèse] Le chef de service parle de deux patients, dont une anorexique, qui sont tous deux dans l'adoption d'un « rôle parental » par rapport à leurs parents : « Le rôle parental, c'est une position prestigieuse, il n'y a aucune raison de s'en défaire. On s'en est sorti avec [la patiente anorexique] en faisant comprendre le fantasme œdipien qu'il y avait derrière »... Interne : « Ça, ça ne marchera pas avec [l'autre patient] ! Il est pas prêt de comprendre, et ses parents non plus ! » Chef de service : « Non, en effet, il n'en est pas là... » [JT].

Ainsi, dans l'attribution de l'étiquette d'anorexique est à la fois présupposée et probablement présente la possession de toute une série de compétences sociales. Or, ce caractère distinctif du diagnostic d'anorexie se rejoue dans les appréciations du groupe des anorexiques comme groupe distingué. Tout d'abord, on peut noter la tendance à l'homogamie qui est relevée, sous d'autres termes, à la fois par l'équipe médicale et par les enseignants (« les anorexiques se regroupent entre elles », « [les anorexiques du service] sont toujours ensemble », « elles sont assises à côté en cours »). De plus, le « nous [les anorexiques] » qui revient dans les entretiens avec les enquêtées peut être prononcé sur le mode non d'une simple reprise de caractéristiques cliniques communes, mais de l'affiliation à un groupe dont on a montré la constitution à l'hôpital (chapitre 7). Or ce groupe n'est pas seulement un groupe de patientes unifié par un diagnostic commun, il est également perçu et présenté comme un groupe d'excellence auquel on peut être fière d'appartenir :

En tout cas ce que j'ai vu moi chez toutes les anorexiques, c'est qu'elles avaient toutes... [...] que ce soit une excellence en cours, ou une compréhension assez aisée, ou alors un physique d'ailleurs assez joli, ou alors pas mal de qualités, qu'elles soient artistiques ou vraiment axées sur les mathématiques, ou bien littéraires... Je veux dire, les anorexiques en général elles ont... pas mal de domaines d'excellence... Je veux dire, on en avait une belle palette, c'était pas des nanas qu'étaient complètement dingues-dingues ou assez limitées... Je veux dire, même en entretien, ou en groupe de paroles, quand elles arrivaient à quitter leur côté puéril, y'avait vraiment des choses où on se disait que c'était des nanas intelligentes... [Yasmine, C].

Ce partage de caractéristiques communes est par ailleurs renforcé par un discours des enquêtées selon lequel non seulement elles se ressemblent, mais elles se « reconnaissent » entre elles :

Sophie : – J'ai parlé de mes problèmes à personne, que ce soit dans ma classe ou à l'internat, bon à côté y'avait une fille qui apparemment avait les mêmes problèmes que moi, qui... je sais pas on s'étaient senties ou quoi, mais bon elle était venue me trouver, elle m'avait dit : « Oui, je pense que tu as des problèmes comme les miens », et puis moi j'avais tout nié en bloc, et elle avait dit : « Bon ben tu fais comme tu veux, tu nies, mais moi je sais que c'est vrai », je lui avais dit : « Tu penses ce que tu veux, moi j'en ai rien à faire », etc. [...] Y'a des traits de caractère communs [chez les anorexiques], ça c'est sûr... Et puis on... on se reconnaît de toute façon... [...] Même les filles avec qui, même la fille en internat là, on s'était jamais parlé avant de... On s'est senties... au pifomètre... [...]

MD : – Et avec cette fille dans l'internat, [...] c'était uniquement au physique [que tu l'avais « reconnue »] ?

S : – Physique, non, apparemment elle ça allait à peu près [...]. [C'est] quand je rentre en contact avec la personne... Dans sa manière d'être... Je sais pas, j'ai du mal à faire un portrait type, mais c'est... Ça se sent. C'est... À part ceux qui sont totalement remis quoi, qui n'ont plus... Non, ceux qui gardent des symptômes... [Ça se sent] [Sophie, C].

C'est vrai que par exemple, dans la rue, entre anorexiques on va se reconnaître... [...] Si l'anorexie a été bien installée, et que la personne n'en est pas vraiment sortie, ça va se voir sur ses traits... sur la manière d'être, sur... [...] Bon, y'en a c'est flagrant... Qui sont très maigres et là on se dit... Mais y'a des gens qui sont maigres de nature... Mais les anorexiques on les

reconnaît ! [...] Par exemple là j'ai... la fille qui est rentrée tout à l'heure, bon qui a fait de l'anorexie... [...] Quand elle est arrivée, ça se voit plus trop sur elle, mais... y'a quelque chose qui fait quand même que quand on a discuté, elle l'a pas dit, mais je l'ai compris... On s'est senties toutes les deux... [...] C'est assez bizarre, c'est vrai qu'on le sent... C'est assez bizarre quoi... Mais je sais que c'est tout le monde, enfin les filles comme ça, chaque fois qu'on en discute, on dit « oui »... On va passer dans la rue, on va passer à côté d'une fille : on le sait, on le sait. [Dans la rue] y'avait une fille, et j'ai juste regardé la fille et je lui ai dit [à mon père] : « Comme moi » [Émilie, C].

Les « maigres de culture », expression que l'on pourrait former par différence avec les « maigres de nature », se présentent donc comme un groupe partageant une « manière d'être » et pas seulement des caractéristiques physiques, sur un mode qui n'est pas sans évoquer la reconnaissance sociale – au double sens du terme – de l'entre-soi d'un groupe social<sup>2</sup>.

Cependant, cette dimension distinctive du diagnostic se joue surtout de manière relative. Les différences entre anorexie et boulimie, ou très concrètement entre anorexiques et boulimiques, apparaissent en effet inscrites dans un espace social orienté dont les deux diagnostics occupent chacun un pôle. L'opposition diagnostique et médicale est ainsi une opposition sociale, qui se manifeste d'abord lorsque les enquêtées distinguent l'anorexie, diagnostic défini comme « valorisant », de la boulimie, diagnostic exclusivement stigmatisant :

Yasmine : – L'anorexie, la boulimie, généralement [c'est du tout ou rien]. Moi j'ai fait quelques crises de boulimie, et c'est vraiment "je mange rien pendant une semaine et puis après je me tape une crise de boulimie". Non, c'est grave... Non c'est atroce, c'est le genre de pathologie qu'on souhaite à personne. Ouuuuuh... [expression de dégoût]...

MD : – Plus la boulimie que l'anorexie ? Ou les deux ?

Y : – Encore l'anorexie... C'est supportable parce que c'est... C'est idiot de dire ça mais c'est gratifiant. On dépasse des limites. La boulimie c'est le côté inverse, on subit tout. On est incapable de se dire « non ». Je veux dire, c'est vraiment la

---

2. « Maîtrisant l'art du détail qui va les différencier et à la façon d'un rituel les consacrer, les bourgeois "se reconnaissent" dans la foule urbaine », B. LE WITA, *Ni vue ni connue. Approche ethnographique de la culture bourgeoise*, Éditions de la MSH, Paris, 1988, p. 76.

faiblesse. C'est vraiment toutes les faiblesses du corps qui sont exprimées, de la tête, on est incapable de se dire non face à un petit truc qui est devant soi... [Yasmine, C].

On peut également sur ce point se souvenir de l'entretien d'Anne [C] cité dans le chapitre 6, où, lors d'une discussion avec une amie, elle refuse tout d'abord le diagnostic d'anorexie avant de l'accepter comme étiquette préférable à celle de boulimie, la boulimie étant « sale et malsaine », là où l'anorexie « fait oiseau fragile, c'est tout ». Dans bien des entretiens, les enquêtées affirment avec une sorte de fierté « ne jamais s'être fait vomir » – « je ne supporte pas ça » [Isabelle, C] –, ou passent sous silence, ou très rapidement, les comportements qui seraient susceptibles d'un codage de type « crise de boulimie » ou « anorexie avec vomissements ».

Cette condamnation sociale de la boulimie peut même être le fait des cliniciens eux-mêmes, comme l'a relevé R. Gordon à propos de H. Bruch, même s'il ne la rapproche pas d'une catégorisation de classe : « Par opposition avec la perception de l'incroyable autodiscipline qui suscite l'admiration pour les anorexiques, les boulimiques ont tendance de ce fait à être méprisées et incomprises. Les attitudes négatives envers les boulimiques sont malheureusement partagées par certains cliniciens. Parmi ces derniers, Hilde Bruch – par ailleurs parfaitement objective – qui déplorait la disparition de l'anorexie mentale classique et l'augmentation de la boulimie. [Hilde Bruch affirmait ainsi] : “[Les boulimiques] manifestent leur manque de contrôle et de discipline de manière exhibitionniste, par opposition à l'adhésion à la discipline des vraies anorexiques [...]. Le manque de sens des responsabilités de la boulimique moderne est impressionnant [...]. Bien qu'elles n'y aient pas vraiment droit, elles s'attendent à partager le prestige de l'anorexie mentale. Certaines se plaignent du coût de leur nourriture et vont jusqu'à en voler<sup>3</sup>”. » Ainsi le « prestige » peut-il être réservé au sens de la retenue anorexique, là où le laisser-aller boulimique est associé à des préoccupations basement matérielles (le coût financier des crises de boulimie) voire à la délinquance (le « vol » d'aliments).

---

3. R. A. GORDON, *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*, Blackwell, Oxford, 1990, p. 135.

Ce sont donc bien des catégorisations sociales qui se profilent derrière la distinction médicale entre les deux pathologies, celles-là mêmes que l'on avait vues apparaître au chapitre précédent entre retenue et laisser-aller. L'espace hospitalier des diagnostics ajoute de ce fait une troisième catégorie-repoussoir à celles envisagées auparavant des « gros » et des « normaux », une catégorie d'autant plus menaçante du fait de sa proximité diagnostique avec l'anorexie au sein de la catégorie des « troubles des conduites alimentaires » :

[Au flash du service U] Une infirmière raconte qu'une patiente anorexique, d'abord partie au groupe lecture, est revenue en se plaignant d'hypoglycémie. Elle lui a proposé une banane, « quelque chose de nourrissant », mais elle a demandé une tartine de pain-confiture... [Infirmière] : à chaque fois, elle s'inquiète de remanger, elle me demande : « Est-ce que c'est ça devenir boulimique ? » [JT].

À l'hôpital en effet, à la crainte de devenir « grosse » ou « normale » suite au traitement s'ajoute celle de « tomber » dans la boulimie, formule utilisée par les enquêtées et qui rend bien compte de cette idée de déchéance, voire de *déclassement* par la perte d'un statut. Ainsi Sidonie [H] explique-t-elle qu'elle ne peut pas aller au lycée lorsqu'elle a fait une crise de boulimie, comme s'il s'agissait d'une indignité sociale lui interdisant de se présenter devant les autres. « Tomber » dans la boulimie, ce serait donc déchoir. Dans l'extrait de l'entretien avec Yasmine cité plus haut, la boulimie est présentée comme l'envers de l'anorexie ou, plus spécifiquement, comme l'envers du travail anorexique de transformation de soi où l'on sait « se dire "non" », où l'on est forte et non pas faible. Mais il s'agit aussi d'un envers social : dans la stigmatisation de la boulimie se profile celle d'un ethos qui ignore la retenue et le contrôle sur soi.

De fait, l'opposition diagnostique entre boulimie et anorexie se rattache et emprunte bien des traits à la différenciation symbolique entre classes populaires et classes moyennes et supérieures. Cette inscription sociale des pathologies psychiatriques n'est pas le fait des seules patientes. On peut en trouver la trace dans le discours des médecins eux-mêmes, par exemple lorsqu'ils décrivent les familles typiques d'anorexiques (père « féminin » et « effacé », « intellectuel », mère



« ambitieuse », des familles qui « ne montrent pas leurs affects », où « les conflits ne sont pas exprimés » par exemple) et les familles typiques de boulimiques :

[Chef du service U] Alors ces familles [d'anorexiques] n'ont rien à voir avec les familles de boulimiques, qui sont [les familles de boulimiques] au contraire hyperconflituelles, instables, pas d'organisation, pas de stabilité, des cris, c'est vraiment le négatif, une photo [la famille anorexique] et son négatif [la famille boulimique]... Dans l'entretien familial de X, qui était boulimique, ça s'étripait, c'étaient des hurlements ! [JT].

Enfin, les interactions que j'ai pu observer entre les patientes inscrivent l'opposition diagnostique dans cette dimension symbolique de classe, sans que cela implique nécessairement que l'origine sociale des patientes boulimiques soit moins élevée que celle des patientes anorexiques. On peut en prendre comme dernier exemple celui des relations entre d'une part Hélène et Élise, qui sont deux patientes anorexiques, et d'autre part Nathalie, une patiente boulimique :

[Réunion de synthèse] Une des infirmières raconte un des repas du week-end, où il y avait Hélène, Élise et Nathalie en face au self... : « C'était vraiment très difficile d'intervenir, elles étaient toutes les trois, et il fallait voir comment Hélène regardait Nathalie qui se resservait et se resservait ! D'un air horrifié... Dégoutée... » [JT].

[Au repas à l'intérieur du service] Les jus de fruit circulent, Hélène n'en prend pas, elle regarde fréquemment le verre de Nathalie que cette dernière remplit à ras bord et vide en une seconde pour le remplir à nouveau... Nathalie demande à Élise de garder la bouteille près d'elle et de ne pas la faire circuler, Élise obtempère avec un sourire un peu narquois [JT].

[En atelier d'ergothérapie, peinture sur soie] On entend de la musique qui vient de la chambre de Nathalie, qui a laissé sa porte ouverte... Élise et Hélène, toutes les deux, disent : « Ça me soûle ! » À la question de l'ergothérapeute : « Ça arrive souvent ? », Hélène répond « tout le temps ». À un moment, Élise dit : « Ça me soûle vraiment »... Vers la fin de l'atelier, Nathalie téléphone à sa mère du téléphone public du service, elle hurle, traite sa mère de « conne », pleure bruyamment... [Deux patientes] disent que « ça jette un froid », « que c'est difficile quand quelqu'un craque », etc. Hélène ne dit rien, continue à peindre comme si de rien n'était. Élise est ouvertement méprisante, elle dit à

l'ergothérapeute : « C'est une chose de craquer, mais ce n'est pas la peine de se donner en spectacle » [JT].

[Lors de la préparation du repas thérapeutique antillais, je vais faire les courses avec deux infirmières et Hélène et Nathalie. On est parties en retard, il est presque l'heure du déjeuner] [À l'aller, dans la voiture] Ce qui me frappe, c'est que j'assiste à une sorte de jeu de ping-pong social entre les deux, qui porte beaucoup sur la nourriture mais pas seulement (quand elle décrira le voyage au flash, l'infirmière ne parlera que des interactions sur la nourriture). Jeux de ping-pong car elles échangent des « j'aime/j'aime pas » sur un ensemble d'objets ou d'attitudes qui ne sont pas anodins. Nathalie engage la discussion sur les voitures. Elle dit que son rêve c'est d'avoir une grosse voiture décapotable. Hélène la reprend d'un ton assez assuré (alors que le rapport des forces physiques n'est pas de son côté...), et lui dit que c'est ridicule, que ce n'est pas raisonnable parce que c'est seulement pour la frime, en plus c'est très cher, qu'on ne peut l'utiliser que trois mois dans l'année, qu'il faut une voiture plus discrète, plus classique [...]. Très vite, Nathalie dit qu'elle a faim, en plus elle a fait de la piscine ce matin... Elle parle du McDo et du Quick avec passion, en détaillant les menus qu'elle prendrait, et dit : « Ça me manque, ça me manque !! » L'infirmière lui demande combien de fois elle y va quand elle n'est pas à la clinique, elle répond deux fois par semaine à peu près. Puis l'infirmière pose la question à Hélène, qui explique que dans la petite ville plutôt bourgeoise où elle habite il n'y a pas de McDo, ce qui fait bondir Nathalie qui habite dans une banlieue où il y en a deux... Hélène précise ensuite qu'elle y a déjà été, mais que « de toute façon je n'y prends que des salades » [...]. Nathalie demande à pouvoir fumer dans la voiture, Hélène fait des remarques sur le fait qu'elle ne fume pas, que personne dans sa famille ne fume et qu'elle préfère que Nathalie ne fume pas dans la voiture (ce qui est par ailleurs interdit...). [...] Dans la voiture, Nathalie a sa fenêtre grande ouverte... Hélène lui demande de la fermer un peu, en lui disant qu'il y a trop d'air... Nathalie demande à faire monter le son de l'autoradio, Hélène demande à ce qu'on le baisse [...]. Bref, Hélène reproche explicitement ou implicitement à Nathalie de manger des choses trop grasses, de fumer, de mettre la musique trop forte, de vouloir rouler trop vite dans une décapotable trop chère, de mettre trop d'air dans la voiture ! [Pendant les courses] Nathalie continue à dire qu'elle a faim, que c'est l'heure du déjeuner, etc., mais l'infirmière la décourage de s'acheter quelque chose à manger. Hélène passe en revue les étiquettes des produits, compare les prix, me parle de ses voyages dans les pays d'où viennent les différents articles vendus... Sur le trajet du retour, Nathalie continue à se plaindre d'avoir faim. Hélène, qui limite un peu les

discussions avec elle depuis le début, se montre plus proche (elle lui pose la main sur l'épaule), et l'« encourage », à la fin c'est même de la condescendance : « Ça va Nathalie, tu tiens ? » [JT].

Dans cette voiture se déroule donc une sorte d'affrontement symbolique, qui se coule dans des oppositions sociales. Nathalie y tient le rôle de l'ethos ouvrier déviant (le sans-gêne, le laisser-aller, l'excès...) et Hélène celui de l'ethos petit-bourgeois ascétique (la retenue, la sobriété...) : au rêve de la voiture décapotable répond la voiture classique, au Big Mac les salades, au bruit de l'autoradio ou de la musique dans la chambre le silence, à l'air qui s'engouffre l'air maîtrisé, au fait de se donner en spectacle ou au sans-gêne la retenue... et à la boulimie, l'anorexie.

### **La « résistance » : une posture située**

Une deuxième manière de faire apparaître l'espace social hospitalier dans lequel s'inscrit la dernière phase de la carrière anorexique consiste à se pencher sur les attitudes de résistance à l'institution médicale<sup>4</sup>. Le thème de la résistance des patientes anorexiques à l'institution hospitalière s'est imposé très tôt dans l'enquête, notamment parce qu'il revient constamment dans la littérature médicale, sous l'angle de la « difficulté » de leur prise en charge. De plus, au tout début de l'observation à la clinique C, ce sont à nouveau les catégories médicales qui ont attiré mon attention sur le thème de la résistance, et plus particulièrement les réactions négatives de l'équipe du service U à l'arrivée d'une nouvelle patiente anorexique :

Infirmière [dans le bureau infirmier] : – Ouh là là... Ça fera combien [d'anorexiques dans le service] ? Trois, quatre ?

– Trois.

– Je vous préviens, à la quatrième je démissionne ! [JT].

Interne : – Elle est quoi cette patiente ? Oh là là, encore une anorexique, en plus c'est pour moi celle-là ! » [JT].

---

4. Pour une comparaison des stratégies de résistance face aux représentants des institutions médicale et scolaire, ainsi qu'une analyse des relations entre rapport à l'institution médicale et rapport à l'institution scolaire, voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse citée, chap. 8.

Plus généralement, la prise en charge des patientes anorexiques est dans ce service décrite comme « difficile » : les anorexiques sont « dures », « fortes », « manipulatrices », dans le « clivage » (terme qui désigne les effets destructurants sur le travail d'équipe et de thérapie que peuvent avoir les tentatives d'un patient pour diviser l'équipe infirmière, ou opposer infirmiers et médecins sur son cas) : elles « résistent ». Les patientes anorexiques ne sont donc pas seulement difficiles collectivement – du fait des effets de la mise en groupe, « émulation » et « compétition » –, elles sont aussi difficiles individuellement, comme peuvent le mettre en lumière quelques scènes observées.

Lors de l'arrivée de la nouvelle patiente anorexique dont il vient d'être question, l'une des internes doit rédiger son contrat de poids. Pour ce faire, elle recopie avec énormément d'attention celui rédigé pour une autre patiente par un médecin, en changeant les constantes de poids, et sollicite mon aide pour le relire, en insistant à plusieurs reprises sur le fait que je « dois tout lire, qu'il ne faut rien oublier ». Elle m'en explique ensuite les raisons, qui ne tiennent pas seulement à son inexpérience dans ce domaine : « Avec "elles", il faut faire vraiment gaffe à ne rien oublier, parce que quand tu oublies un truc, elles viennent dire : "Oui mais, vous aviez écrit ça, nanana." » [JT]. Les négociations avec ces patientes peuvent donc apparaître comme de véritables rapports de force. De même, cette interne qui suit pour la première fois des patientes anorexiques peut-elle refuser des interactions avec des patientes dont elle pense qu'elles pourraient être délicates pour elle :

[Dans le bureau infirmier] Arrive une infirmière qui dit à l'interne qu'une patiente anorexique est « en manque de balance » (elle insiste pour pouvoir se peser, alors que la pesée est hebdomadaire), et qu'elle refuse d'aller au self, même accompagnée. Elle demande à l'interne de « faire quelque chose », l'interne lui répond que si elle ne veut pas aller au self, il n'y a pas grand-chose à faire, et qu'elle ne souhaite pas la voir, parce que l'interne qui s'en occupe c'est [l'autre interne du service, qui n'est pas là cette semaine-là] et que cette patiente peut être très manipulatrice. Comme elle [l'interne] ne la connaît pas, elle pourra lui raconter tout et n'importe quoi pour la convaincre de la laisser se peser, etc. [JT].

Enfin, toujours dans ce même service, la sortie contre avis médical d'une nouvelle patiente, vingt-quatre heures après son arrivée, crée une forte effervescence – beaucoup de discussions formelles ou informelles ont lieu – et réactive le discours sur la difficulté de la prise en charge des patientes anorexiques : [Infirmière, d'un ton découragé] C'est pas des patientes faciles, hein... » [JT]. Cette sortie et le refus des soins qu'elle manifeste sont commentés par l'équipe comme une attitude typique de patiente anorexique : « L'anorexique dans toute sa splendeur », une « vraie de vraie, celle-là ! » [JT].

Toutes les patientes anorexiques sont donc susceptibles d'être des « patientes difficiles ». Mais une catégorie particulière – « anorexie mentale difficile », « anorexiques difficiles » – distingue celles qui le sont particulièrement parmi ces patientes déjà difficiles : « C'est un cas d'anorexique difficile, comme on dit maintenant, avec un terme qui apparaît consacré : ce sont des prises en charge qui nous mettent à rude épreuve » [chef du service U, JT] ; « Les anorexies difficiles, ce sont celles qui nous mettent en difficulté dans notre fonction de soignant : refus des soins, ou acceptation apparente, avec un état somatique préoccupant » [interne de la clinique C, JT].

Cette définition s'organise donc autour de deux pôles : d'une part, l'épreuve que peut représenter pour l'équipe médicale et soignante ce type de patientes ; d'autre part, du côté de la patiente, le refus des soins. Plus précisément, les patientes « difficiles » sont en fait celles qui sont résistantes anormalement longtemps. En effet, une première étape de résistance au point de vue médical et à la prise en charge est considérée comme normale. A. Young le souligne à propos du traitement psychodynamique du stress post-traumatique : « En pratique, les résistances du patient sont quelque chose de positif pour les médecins [...]. Les patients sont censés résister aux conceptions sur lesquelles sont fondés le modèle et le programme thérapeutiques, car c'est justement là que réside leur pathologie<sup>5</sup>. » De même, le cas d'une patiente anorexique qui s'adapte « trop bien » au service au début, qui reprend « trop vite » du poids n'est pas vu comme une trajectoire normale ou souhaitable de guérison. Ce peut même être l'annonce d'une résistance à venir :

---

5. A. YOUNG, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, 1995, p. 189-211.

Faut voir ce qu'elle [une entrante anorexique] donnera dans une semaine, parce que au début les anorexiques c'est un bon objet, mais après [ton ironique] il y a un petit changement de situation... [chef du service U, JT].

Au départ, elle a montré une trop bonne adaptation au service, s'appliquant à être une patiente « parfaite ». Progressivement, les choses ont évolué, elle a présenté alors un tableau d'anorexique mentale typique, avec restriction alimentaire volontaire [...], clivage, déni, attitudes d'opposition et recherche de maîtrise voire de manipulation [lettre du service U au service S].

Ainsi, une étape de résistance appartient à la trajectoire normale de guérison. Les anorexiques « difficiles » sont celles qui font durer cette étape. De ce point de vue, la catégorie d'« anorexiques difficiles » rejoint celles des « patients manipulateurs », étudiée depuis longtemps par la sociologie de la psychiatrie. Pour A. Strauss et son équipe, le terme de « manipulateur » sert à désigner les patients les plus difficiles : « D'un point de vue sociologique, un manipulateur est quelqu'un dont le personnel ne peut pas s'extraire : leurs propres biographies deviennent empêtrées dans la sienne, inextricablement et de manière éprouvante<sup>6</sup>. » C'est également un certain type de rapport à l'institution médicale qui est catégorisé par l'emploi de ce terme. Pour R. Barrett, le patient manipulateur est celui qui montre une « résistance active et consciente au pouvoir professionnel<sup>7</sup> » des médecins, et A. Strauss et son équipe font également le lien entre cette catégorie et le rapport au pouvoir psychiatrique : « Nous avons déjà mentionné le “passage à l'acte” comme un terme technique qui masque des jugements moraux portés sur des patients qui enfreignent les règles du comportement conventionnel. Plusieurs autres termes sont également utilisés pour étiqueter les comportements désapprouvés. Si les patients ne commettent pas de passage à l'acte, il y a de fortes chances pour qu'ils soient des “manipulateurs”, se montrent “provocateurs” ou qu'ils “testent le cadre” [...]. Ce type de comportement s'inscrit dans la structure institutionnelle [...]. Dans la mesure où le patient a grand intérêt à modeler ses conditions de vie, il est susceptible de “tester le cadre”, de faire pression et d'argumenter, en recherchant le maximum de

---

6. A. STRAUSS, L. SCHATZMAN, R. BUCHER, D. EHRLICH, M. SABSHIN, *Psychiatric Ideologies and Institutions*, The Free Press, Glencoe, 1964, p. 335.

7. R. BARRETT, *La Traite des fous*, op. cit., p. 178-179.

résultats. Les psychiatres et l'équipe ont tendance à interpréter tous les comportements de ce type comme le produit du psychisme individuel. Pour notre part, nous pensons que cela reflète aussi une tendance plus générale face au contrôle<sup>8</sup>. »

Le caractère défini comme particulièrement difficile des patientes anorexiques conduit à poser la question de cette résistance particulière au sein de la situation hospitalière. Du point de vue médical, leur opposition à l'institution et à ses représentants est la manifestation de leur pathologie : ces patientes sont opposantes, sont rigides, sont manipulatrices. Or cette résistance peut être interprétée, dans un cadre sociologique, comme un ensemble de stratégies, rendues possibles par certaines ressources. Ensemble de stratégies tout d'abord, dans la mesure où cette résistance apparaît bien comme une élaboration de moyens en vue d'atteindre certaines fins. Dans l'étude de la phase hospitalière de la carrière anorexique, on a vu les différentes étapes et les différents fronts du travail hospitalier sur la patiente. La résistance de la patiente anorexique peut être décrite par rapport à ces différents fronts et étapes : elle s'exerce contre l'imposition du point de vue hospitalier sur la personne – ne pas reconnaître qu'on est anorexique, ne pas reconnaître que c'est une pathologie, ne pas accepter de coopérer au traitement – et contre la transformation des pratiques (alimentaires, scolaires...) qui est exigée par l'hôpital – ne pas « lâcher prise », ne pas accepter d'être « prise en charge », ne pas « se reprendre en main », c'est-à-dire ne pas s'en remettre à l'hôpital. De plus, l'analyse de ces stratégies permet de rendre manifestes les ressources des patientes qu'elles mettent en jeu et qui donnent sa coloration particulière, voire sa difficulté spécifique pour l'équipe médicale à la résistance des patientes anorexiques. L'identification de ces stratégies et de ces ressources va être menée ici à partir d'un cas, celui de Camille, dont la constance et le caractère extrême de la « posture de résistance » rendent très visibles ces stratégies et leurs conditions sociales de possibilité. Cette analyse va faire intervenir à nouveau l'espace social hospitalier, en considérant ce type particulier de résistance comme un rapport à l'autorité médicale et aux structures hiérarchiques de l'hôpital, ainsi que comme une posture socialement situable par les dispositions qu'elle révèle.

---

8. A. STRAUSS *et al.*, *Psychiatric Ideologies and Institutions*, *op. cit.*, p. 291.

*Camille : la résistance en actes et en discours*

La catégorie des « patientes difficiles » n'est pas exclusivement utilisée par les médecins, et peut même devenir une catégorie de présentation de soi pour les patientes elles-mêmes. C'est en effet ainsi que Camille se présente, en décrivant, au cours des deux entretiens que j'ai effectués avec elle, tout son parcours médical sous cet angle, et en évoquant à demi-mots lors du premier entretien sa décision de bientôt sortir contre avis médical du service S de la clinique C, ce qu'elle fera peu après. Elle me recontacte ensuite et un deuxième entretien est effectué chez elle. Camille a dix-sept ans à la date du premier entretien, elle vient de passer une année à la clinique C dans le service S, et a obtenu son baccalauréat peu de temps avant l'entretien. Depuis la classe de troisième, elle a fait de très nombreux séjours, parfois longs, en hôpital psychiatrique (notamment à l'hôpital J, dans un service spécialisé dans le traitement de l'anorexie) où elle a été diagnostiquée et traitée pour « anorexie mentale ». Elle a deux sœurs étudiantes à l'université, et un frère en école d'ingénieurs. Son père est diplômé d'un institut d'études politiques et consultant en communication, sa mère orthophoniste. C'est l'une des enquêtées dont l'origine sociale est la plus élevée, ce qui n'est pas sans effet sur le type de résistance qu'elle oppose aux représentants de l'institution médicale. C'est aussi celle qui a l'un des plus longs parcours hospitaliers à la date de l'entretien, ce qui intervient également dans les modalités de la résistance.

Ces entretiens se présentent d'emblée comme les récits d'un parcours *médical* : ce sont les seuls entretiens du corpus où la consigne – « Pourrais-tu me parler de ton expérience avec l'anorexie ? » – a été définie par l'enquêtée comme portant presque exclusivement sur son histoire d'anorexique diagnostiquée et où c'est la situation hospitalière qui est l'aspect central du récit et des descriptions. Ces entretiens fournissent donc un matériau tout à fait unique pour aborder la question de la résistance au plus près des récits d'interactions qui l'illustrent, et dans le cas d'une enquêtée dont c'est la dynamique principale de présentation de soi. Tout au long des entretiens, Camille se met en effet en scène, souvent avec fierté, comme en lutte constante contre l'institution médicale :



Ce qui fait que soit j'arrivais à battre, à me battre et tout et je gagnais, parce que c'était que de la lutte, tout le temps, partout, sur tous les plans... Dormir, aller manger au réfectoire, avoir le droit de sortir de sa chambre, avoir le droit de sortir dehors, c'est que de la lutte...

Le vocabulaire de la « lutte » et du « combat » contre l'institution médicale et ses représentants, ainsi que parfois celui du « jeu » structurent le récit de Camille – c'est elle dont on a cité, au chapitre précédent, les propos sur les « dames chinoises ». Dans ces deux registres (la guerre et le jeu), il s'agit de marquer des points contre les adversaires que sont l'institution, les médecins et les infirmiers : parvenir à refuser les soins tels que l'entretien clinique ou les médicaments, à se soustraire aux règles et au « cadre » de l'hôpital, réussir à garder des pratiques illicites (ne pas manger, ne pas grossir, travailler scolairement quand c'est interdit...), ou quitter l'hôpital avec l'accord des médecins (obtenir des permissions ou des vacances), malgré leur désaccord mais en respectant les règles institutionnelles (ce que désigne la catégorie administrative de « sortie contre avis médical ») ou même dans la déviance extrême (la fugue). Cette résistance à l'institution et aux personnes qui y travaillent et la représentent, qui fait écho à la catégorisation psychiatrique des patientes anorexiques comme patientes particulièrement « difficiles », est donc le thème central des entretiens avec Camille. Ce type de présentation de soi représente apparemment en lui-même une forme de résistance ou plutôt de défi : dès qu'elle évoque, au cours de l'entretien réalisé à la clinique, une anecdote illustrant ses pratiques et sa posture de résistance, elle le fait systématiquement en haussant la voix, parfois en criant. En haussant ainsi la voix sur des récits dont on va voir la violence, Camille revendique donc une résistance dont elle sait par ailleurs qu'elle est perçue par les médecins comme un symptôme classique de sa pathologie. L'entretien avec une « étudiante en sociologie », qui « n'appartient pas à la clinique », est utilisé pour renverser cette catégorisation et jouer dans l'interaction la valorisation de cette résistance.

### *Les stratégies de la résistance*

L'analyse des entretiens avec Camille permet d'abord de faire apparaître la diversité des stratégies de résistance mises en

œuvre. Parmi elles, la plus radicale est sans doute celle de l'*exit*, pour reprendre le terme d'A. O. Hirschman<sup>9</sup>. Cette sortie de la structure hospitalière peut prendre deux formes, la « fugue » ou la « sortie contre avis médical ». Camille a fait usage une seule fois de la fugue, et elle tient à expliciter le contexte de recours à cette stratégie extrême pour la justifier. En regard, la « sortie contre avis médical » – catégorie administrative et médicale – apparaît comme une pratique condamnée par l'hôpital mais dont elle peut traiter plus légèrement :

Et souvent je partais « contre avis médical », encore, avant la fin de mon contrat [...]. Et donc j'étais complètement déprimée, j'en pouvais plus, et on devait partir en vacances, mais il me manquait deux kilos, et je dis à mes parents : « Attendez, là c'est plus possible, de toute façon les deux kilos ils vont bien venir un jour, quand je mangerai toute la journée sans m'arrêter, mais c'est peut-être pas le but non plus »... Et donc il vont signer une décharge, parce que évidemment les médecins voulaient pas me laisser sortir avant le poids.

La différence majeure, du point de vue de Camille, entre ces deux types de déviance tient au fait que, dans un cas, ses parents constituent une aide à la résistance (elle est mineure et ils signent une décharge) et que, dans l'autre, elle est seule à commettre l'acte déviant, ce qui renforce encore le caractère radical de la fugue comme stratégie de sortie. Elle raconte par ailleurs cette fugue longuement dans l'entretien, en détaillant la technique qu'elle a utilisée pour ne pas se faire « rattraper » :

Je suis arrivée en petit cardigan, c'était à Noël, dans le métro [...] et j'arrive près de chez moi, en fait j'avais fait tout en métro parce que en fait, en bus, c'est direct mais j'avais tellement peur qu'ils me rattrapent que je suis rentrée dans la bouche de métro, et j'ai fait tout le tour de la ville en métro, y'avait déjà les flics qu'étaient prévenus et tout, j'arrive en face de chez moi et je vois ma mère qu'était en bas, elle m'attendait quoi.

Sans être racontée avec fierté, cette fugue est cependant présentée avec suffisamment de détails pour qu'on puisse penser qu'il y a là une sorte de satisfaction à évoquer un épisode si patent de résistance. On retrouve chez Julie, une autre enquêtée

---

9. A. O. HIRSCHMAN, *Défection et prise de parole*, Fayard, Paris, 1995 (1970).

ayant « fugué » au cours de sa carrière hospitalière, une modalité identique de récit :

Julie : – Puis même quand j'y repense, la fois où je me suis enfuie d'un hôpital, les quelques semaines après rien que d'y repenser après je trouvais ça... ça m'impressionnait quoi... même maintenant quand j'y repense j'ai l'impression que c'est une histoire que j'ai lue ou un film que j'ai vu... [...] Maintenant, déjà, j'en serais plus du tout capable, je sais pas comment j'ai été capable de faire ça... Je suis partie de là c'était à la tombée de la nuit à peu près, j'avais ma sœur qui était sur [la ville où Julie était hospitalisée], bien sûr je le savais mais je savais pas son adresse ni rien, alors je suis rentrée dans un bus, j'ai demandé...

MD : – Et comment tu avais fait pour sortir de l'hôpital ?

J : – C'était un hôpital, c'était ouvert, c'est-à-dire que les visites étaient permises tous les jours donc y'avait des portes qui étaient constamment ouvertes, et puis je suis sortie de là, de l'unité vraiment, puis j'ai marché, j'ai marché et c'était un très grand hôpital, j'ai marché et je me suis retrouvée dehors [...]. Puis donc j'ai appelé ma sœur et elle est venue me chercher dans un endroit que je connaissais, où je m'étais un peu retrouvée, elle est venue me chercher, et puis elle a vraiment été surprise, parce qu'elle ne sentait pas que je pouvais faire ça... [Julie, H, à propos d'une hospitalisation antérieure].

Le récit de la fugue est ici encore plus clairement fait sur le mode d'une sorte de fierté à se découvrir « capable » d'une chose pareille, un acte « impressionnant » de personnage de film ou de livre. Sur ces deux exemples de récit d'une fugue, on peut voir comment l'étiquette de résistante elle-même peut être une étiquette souhaitable, dont on peut tirer la fierté d'une déviance qui, dans les entretiens qui font mention de la fugue, est toujours légitimée par la dureté de la situation hospitalière. À côté des objectifs immédiats de la résistance – garder le contrôle de la définition de soi par rapport à l'imposition du point de vue de l'hôpital sur soi, conserver les pratiques de la prise en main dans un lieu où elles sont interdites –, on peut faire l'hypothèse que les stratégies de résistance ont également directement pour but ou pour effet l'obtention, pour soi et pour les autres, d'une étiquette définie comme souhaitable, celle de « résistante » au pouvoir médical. Lors du deuxième entretien, Camille relate d'ailleurs sa dernière sortie contre avis médical

de la clinique C avec la même satisfaction et la même attention aux détails :

J'avais déjà dit plusieurs fois [au chef du service S], disons que trois mois avant ma sortie, j'avais commencé, je lui avais dit : « Écoutez, moi j'en ai marre d'être là, de toute façon, si j'ai mon bac, c'est évident, je m'en vais » [...]. Et un beau jour, après avoir eu mon bac, je lui dis : « Bon ben écoutez, je m'en vais la semaine prochaine », il me dit : « Non, pas du tout », je lui dis : « Ben on verra ça en entretien familial, puisqu'on a un entretien la semaine prochaine », donc on se retrouve en entretien et tout, je lui dis : « Bon ben c'est mon dernier jour, je vous dis au revoir », et il me dit : « Mais non pas du tout, une sortie ça se prépare à deux, vous sortirez en septembre si vous voulez », je lui dis : « Donc je pars un mois en vacances, vous m'empêchez d'avoir trois mois de vacances, histoire de rester à la clinique pour déprimer un peu, vous n'allez rien me proposer puisque vous ne m'avez rien proposé depuis un an, et vous allez me faire sortir par la grande porte au lieu de la petite porte comme vous dites », il me dit : « Oui, oui, parce que tout change, le fond et la forme ce n'est pas la même chose »... Je lui dis : « D'accord, eh bien moi je me fous de la forme, je compte sur le fond », et en fait je suis un peu partie comme ça, j'ai claqué la porte.

Ces sorties de la structure hospitalière sont donc des formes de résistance par *exit* de l'espace hospitalier. D'autres formes de résistance sont néanmoins possibles à l'intérieur des murs de l'hôpital. Parmi elles, un certain nombre de stratégies sont en fait des reprises de « travail de leurre » effectué auparavant. Elles ont donc déjà été testées, apprises et incorporées. Plus généralement, c'est tout le travail de maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance qui joue rétrospectivement comme un « entraînement » à la résistance. L'hôpital représente seulement une dernière forme – la plus puissante cependant – des instances d'arrêt du travail de maintien de l'engagement. De ce point de vue, on peut faire l'hypothèse que la résistance aux injonctions hospitalières s'inscrit dans la résistance aux injonctions parentales, amicales ou médicales antérieures, mais aussi dans la difficulté à transformer les dispositions corporelles acquises lors des phases précédentes de la carrière. De plus, la force d'entraînement des phases précédentes de la carrière est aussi un entraînement à l'usage et à la manifestation publique de la volonté comme disposition. Lors

de mon observation du service U, un même geste est souvent revenu chez les infirmiers ou les médecins pour ponctuer ou souligner le discours tenu sur la « difficulté » des patientes anorexiques :

[Dans le bureau infirmier, conversation entre une infirmière et la chef du service U]

Infirmière : – Et puis c'est aussi qu'elles résistent...

Chef du service : – Oui, elles sont [elle fait un geste : le point serré, la paume tournée vers soi, l'avant-bras se relève et s'abaisse avec des coups secs], elles sont fortes » [JT].

Ce geste pourrait indiquer l'existence d'une « force d'entraînement » comme entraînement à la force, au refus et à la résistance, résultant d'un apprentissage opéré au cours de la carrière, et dans laquelle puiseraient les stratégies de résistance au travail de transformation de l'hôpital sur la personne. Toutefois, l'univers hospitalier laisse beaucoup moins de marge de manœuvre que le réseau de surveillance de la troisième phase de la carrière. De ce fait, certaines de ces stratégies se rapprochent des « adaptations secondaires » décrites par E. Goffman dans *Asiles* : des « pratiques qui, sans provoquer directement le personnel, permettent au reclus d'obtenir des satisfactions interdites ou bien des satisfactions autorisées par des moyens défendus<sup>10</sup> ». Dans le cas de Camille, il s'agit tout particulièrement d'obtenir des satisfactions interdites (ne pas manger, ne pas grossir, travailler scolairement quand c'est interdit) en utilisant des moyens défendus. Ces moyens s'appuient parfois sur la « solidarité » entre patients qu'évoque Goffman à propos des adaptations secondaires :

Pendant trois ans j'ai pas [eu le droit de] travailler [...]. Quand j'avais mon BEPC, dans ma table de nuit j'avais des bouquins planqués, alors je tremblais comme ça, j'écoutais les pas de portes, j'avais du mal à travailler... Et j'ai même demandé à aller en chambre double ! Parce que je savais qu'il y avait une fille qui était en train de travailler... Et donc j'avais mis mes bouquins dans sa pile : « Tu dis que c'est à toi hein, tu dis que c'est à toi ! » Et tout... et je travaillais tout le temps quand elle était là, et elle me planquait, et parce que de toute façon je faisais tout au sens inverse de ce qu'on me prescrivait !

---

10. E. GOFFMAN, *Asiles*, op. cit., p. 98-99.

Mais Camille décrit le plus souvent des stratégies solitaires de résistance à la transformation des pratiques exigée par l'hôpital :

J'allais chercher mon plateau moi-même, sauf le dernier jour, ils m'ont épargnée parce que j'avais un peu de mal à me lever... Je regardais la cloche, je soulevais histoire de dire : « C'est dégueulasse », je refermais et je ramenais le plateau... Quand j'avais envie de faire croire que je mangeais, parce qu'on m'apportait aussi des goûters, des collations, tout ça, j'allais aux chiottes et je tirais la chasse... Mais ça passait jamais ma bouche quoi.

Et quand ils me les mettaient [les médicaments], de toute façon je les prenais dans la main et je les foutais à la poubelle...

Je savais à la minute près tout ce que j'allais faire le lendemain, et je savais comment j'allais planquer mon pain, comment j'allais planquer la viande, comment j'allais camoufler tout ça, jeter à la poubelle rapidement... Comment j'allais griller mes deux heures de repos [c'est-à-dire ne pas les consacrer au « repos »]... Enfin, tout était pensé à l'avance.

Ce premier type de stratégie a donc pour but de résister à la transformation des pratiques exigée par la situation hospitalière. D'autres formes de résistance consistent en un jeu sur la définition de la situation hospitalière, en refusant explicitement sa définition officielle comme institution de soins et en lui opposant une définition personnelle, un hôpital « à la carte » :

Je sais pas, j'étais là et je me disais : « Mais qu'est-ce que je fais dans cette clinique [la clinique C] puisque ça allait... et que maintenant ça va plus et tout »... Simplement j'avais pas encore vécu avec ma famille pendant une année quoi... Et ça, ça aurait pas tenu non plus... Donc je me suis dit : « C'est simple, je vais prendre ça comme un hôtel-restaurant et je vais aller en cours. » C'est ce que j'ai fait toute l'année.

En utilisant un langage profane qui nie la coupure entre le monde hospitalier et le monde social extérieur, et en se posant comme « consommatrice » d'un service plutôt que comme patiente, Camille retourne donc doublement la définition officielle de la situation. Le caractère fortement déviant de cette attitude s'illustre dans l'unique demande explicite de « discrétion » – par rapport à l'équipe médicale – qu'elle fait dans tout l'entretien :

C : – C'était pour me dire : « J'ai pas besoin de rester un an de plus à la clinique », enfin à l'« hôtel-restaurant-cours »... Voilà...

MD : – « L'hôtel-restaurant-cours » ! [rires]

C : – Ça il vaut mieux pas qu'ils entendent !

MD : – Comme je te l'ai dit, ils entendront pas !

L'« hôtel-restaurant-cours » peut alors même devenir un lieu dont on « profite » pour avoir des loisirs, des activités, qui sont vidés de leur sens thérapeutique, comme le « séjour thérapeutique » où un groupe de patients fait sur plusieurs jours une visite de ville ou une activité hors des murs de la clinique et qui est défini dans la continuité des soins par l'équipe médicale et infirmière : « [Camille a annoncé au médecin son départ de la clinique] Et je suis allée faire un séjour thérapeutique entre-temps, avant... enfin juste après lui [au chef du service S] avoir dit que je m'en allais et juste avant de partir, comme ça j'en ai profité jusqu'au bout ! »

Camille remet ainsi totalement en cause, au cours de l'entretien, la définition première de l'hôpital comme un lieu thérapeutique et renverse la définition légitime de l'hospitalisation. De même, le fait de s'approprier de cette manière dans l'entretien le pouvoir de définition de la situation hospitalière apparaît comme un retournement des règles du jeu du pouvoir – ce sont en effet les médecins, et non les patients, qui sont censés définir les conditions de l'hospitalisation et celles d'une « bonne » hospitalisation. On voit donc apparaître ici une posture de résistance par renversement, ou par retournement, qui s'illustre également dans la description prolixe que fait Camille de ses rapports avec les médecins. Il s'agit là manifestement pour elle du lieu principal de résistance à l'institution. Les « adaptations secondaires » décrites par E. Goffman, qui ne « provoquent pas directement le personnel », sont visiblement moins significatives pour Camille que lorsqu'elle s'oppose frontalement aux médecins.

Le silence constitue sans aucun doute la forme la plus extrême de résistance à un traitement qui se présente comme une cure par la parole, et à des médecins pour lesquels la parole constitue l'outil de travail principal – les deux services que Camille évoque tout particulièrement sont en effet deux services à orientation analytique. Refuser de parler, dans ce contexte, c'est empêcher la communication verbale, comme

dans toute autre interaction, mais c'est surtout ne donner aucune prise possible au travail du psychiatre et de ce fait mettre radicalement en cause la thérapie par entretien clinique :

Et bref, on m'a laissé la même équipe et tout, et donc c'était des gens imposés... et je parlais pas, quoi. Je m'amusais, à la fin, à chaque entretien, parce qu'on m'en mettait de plus en plus souvent, je m'amusais à calculer le nombre de temps où je restais le plus longtemps sans parler, et eux aussi, j'ai réussi vingt minutes, c'est mon grand record... [rires]

C'est donc sur le double mode du jeu et de la performance que Camille présente cette forme particulièrement forte d'opposition. Ce qui indique bien qu'elle ne présente pas ce silence comme le résultat d'une intimidation ou d'une peur de parler, mais bien comme une stratégie de résistance à l'entretien clinique et une mesure de rétorsion face à une équipe « imposée » et à la multiplication de ces entretiens cliniques. De plus, l'« amusement » et le « record » signalent également une distance pratique par rapport au point de vue de l'hôpital, distance qui se traduit par l'invocation du modèle social du jeu : « L'institution apparaît parfois comme l'adversaire dans une sorte de jeu sérieux dont le but serait de marquer des points contre elle <sup>11</sup>. »

Cette stratégie a toutefois un horizon d'échec. En mettant ainsi en cause la légitimité de la présence du médecin et celle de l'entretien, elle peut se retourner contre la personne qui l'utilise : pourquoi est-elle là si elle ne parle pas ? C'est ce dont rend compte Camille lorsqu'elle ajoute, immédiatement après l'extrait d'entretien reproduit plus haut : « Mais c'était pas très productif... [elle rit à nouveau] ». Cette remarque, qui peut tout d'abord être interprétée comme un signe d'intériorisation du point de vue de l'hôpital – le silence n'est pas « productif » dans le cadre d'une thérapie par la parole –, peut également être comprise tout à fait autrement, si l'on voit dans le rire qui l'accompagne la manifestation pratique d'une distance : « prendre » la parole – c'est-à-dire tout à la fois parler et s'approprier une situation de parole qui constitue une forme de résistance – peut parfois s'avérer une posture de résistance plus efficace.

---

11. *Ibid.*, p. 366.



La première stratégie d'usage de la parole constitue un intermédiaire entre les stratégies du silence et celles de prise de parole. Elle consiste pour Camille à gérer au plus près son discours, et à ne « donner » comme parole qu'un discours difficilement utilisable par le médecin, une parole vide du point de vue psychiatrique qui n'est en fait qu'un deuxième type de silence : « Bref, c'est vrai que je lui parlais pas [au chef du service S], à chaque fois c'était pour des permissions de week-end, des permissions de vacances. » Cette stratégie est cependant peu efficace dans la mesure où l'équipe médicale est particulièrement entraînée à « travailler » sur ces demandes (de sortie, de vacances), et à enclencher un discours sur le psychisme du patient à partir de ces demandes apparemment pratiques<sup>12</sup>. Il est donc difficile pour Camille, comme pour les autres patients, de maintenir une définition de l'entretien dans un cadre uniquement matériel.

Un deuxième type de stratégie d'usage de la parole, plus directement offensif, est employé par Camille. Ce sont les injures qu'elle adresse aux médecins : « Et puis là, vous, en face de moi [un médecin de l'hôpital J], je vous veux plus non plus, vous êtes trop chiant [...]. Pour lui dire [au chef du service S] que ses infirmiers c'était de la merde, que lui c'était un gros con. » En rapportant ces injures, Camille élève la voix et apprécie visiblement de pouvoir revivre, au cours de l'entretien, ces moments d'opposition, de rébellion et de défi, de mettre en scène ces différentes formes de déviance. Mais ces injures lancées aux médecins sont rares ; on le verra, Camille semble les réserver aux infirmiers. Ce sont d'autres types de prise de parole que Camille utilise de préférence. Dans les deux types de stratégies envisagées jusqu'à maintenant, la résistance par la parole se faisait « de l'extérieur » : il s'agissait d'échapper à la parole psychiatrique dans le premier cas, ou de marquer son opposition par un langage déviant dans le deuxième. Avec le troisième type de stratégie, c'est directement sur le terrain psychiatrique que Camille « se bat », pour reprendre son expression. Elle cherche en effet à mettre en cause la compétence

---

12. I. Baszanger nomme « effet boomerang » les pratiques visant à « enfermer totalement [le patient] dans un univers séparé du médecin », par exemple lorsque, face à un patient qui tente d'obtenir un changement de traitement, le médecin le neutralise en construisant cette demande comme un symptôme de la dépression dont souffre le patient, I. BASZANGER, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, Paris, 1995, p. 366-368.

même des médecins et utilise pour cela l'opposition entre son expérience personnelle et le savoir nécessairement extérieur des médecins sur elle. Le médecin n'est pas compétent au sens où ce n'est pas lui qui « vit la vie<sup>13</sup> » de sa patiente :

J'en pouvais plus, je sentais que ça [l'hospitalisation] me nuisait au lieu de m'aider ! Et les médecins disaient : « Non, non, c'est parce que elle n'a pas envie d'aller jusqu'au bout ! » Et tout... Et moi je sentais, j'étais là, « bon vous voulez vivre à ma place ou pas ? Moi je vous dis que c'est nuisible ! » Et je me suis battue comme ça...

La connaissance de soi, qui est alors présentée comme supérieure au savoir du médecin, peut ainsi amener Camille à déclarer que les médecins ne « comprennent rien », au sens où les explications qu'ils peuvent lui donner ne la satisfont pas et ne rendent pas suffisamment compte de ce qu'elle ressent :

Je disais [au chef du service S] [...] que c'était un magnétoscope cassé... [...] Parce que j'ai eu l'impression qu'il écoute ce que je dis, mais il retient rien, il enregistre sur une cassette et en plus c'est pété quoi... Il comprend rien.

C'est donc ici en tant que patiente que Camille met en cause le savoir médical sur elle-même. La résistance prend forme dans l'expérience médicale, la psychiatrie est critiquée « de l'intérieur », et ce en un double sens : Camille fait valoir son expérience personnelle contre le savoir médical, *et* elle travaille à réinscrire cette expérience comme un point de vue légitime *dans* l'univers médical.

Un dernier type de stratégies prolonge cette voie, en opérant un retournement des catégories psychiatriques. Cette forme de résistance consiste en un « retour à l'envoyeur » des catégories habituellement utilisées par les médecins eux-mêmes à l'égard des patients. Le fait même que Camille semble passer du temps, lors des entretiens cliniques, à parler des médecins

---

13. On peut rapprocher cette phrase de celles tenues par les malades observés par A. YOUNG : « [Un patient au thérapeute] "Il fallait être au Vietnam pour comprendre ce dont je (ne) parle (pas)" [...] "Qui peut le mieux savoir ce que veulent dire ces choses (ces événements, ces expériences), vous ou moi ? C'est à moi qu'elles sont arrivées, pas à vous !" » : *The Harmony of Illusions, op. cit.*, p. 189-221 ; et par I. BASZANGER : « [Au médecin] Ce n'est pas vous qui avez mal, Madame ! » *Douleur et médecine, la fin d'un oubli, op. cit.*, p. 422.

constitue l'indice de ce retournement de la situation : en effet, lors des entretiens cliniques, c'est du patient qu'il est normalement question. Lorsqu'elle traite par exemple le psychiatre qui la suit de « pédophile » (« [je lui ai dit] que j'avais l'impression d'être en face d'un pédophile »), s'ajoute à l'injure la revendication d'une position où c'est elle qui fait de sa sexualité à lui un objet de discours. Plus systématiquement, Camille se cite à plusieurs reprises en train de dire aux médecins : « Vous n'êtes plus intéressant. » Là aussi, il s'agit d'un usage « inversé » d'un terme psychiatrique, habituellement utilisé par les médecins ou infirmiers pour parler des patients, même si c'est parfois avec gêne : « [L'anorexie] C'est une pathologie très intéressante, enfin je n'aime pas dire ça parce que la pathologie n'est jamais intéressante pour celui qui en est victime, mais l'anorexie c'est très intéressant » [infirmier en stage au service U de la clinique C, JT]. Pour l'équipe médicale, le terme d'« intéressant » peut vouloir dire que le patient pourrait faire un « beau cas clinique », mais aussi qu'il « entend bien » les choses, qu'on peut « bien travailler » avec lui, qu'il est « prêt » à entamer ou à poursuivre un travail thérapeutique par la parole. Lorsque Camille déclare aux médecins qu'ils ne sont pas (ou plus) « intéressants », elle renverse donc la catégorisation psychiatrique en s'appuyant sur ce deuxième sens.

Enfin, c'est également un retournement de la norme de parole du patient qu'opère Camille lorsqu'elle se met en scène en train de reprocher son silence à un médecin de l'hôpital J : « Vous ne dites rien, j'ai l'impression d'être devant un mort. » C'est donc le médecin qui est mis en demeure de « parler », et ce alors même, on l'a vu, qu'elle s'arroge un droit au silence, inversant ainsi les règles du jeu. Un cas exemplaire en est cette scène où Camille résiste (physiquement et par le discours) à un « grand chef » – pour reprendre le terme dont elle le qualifie – de la psychiatrie, spécialiste de l'anorexie, et où elle en profite pour critiquer et décrédibiliser non seulement l'entretien clinique mais également la technique du psychodrame :

« Et puis en plus je sais pas, vous ne dites plus rien, vous êtes plus intéressant, vous comprenez rien, et vos scènes de théâtre là à la con [le psychodrame] moi j'en ai marre de faire le guignol... » Et je me suis levée pour partir et il m'a ligotée, il m'a attrapé les poignets, et tout, et il m'a retenue, et je lui ai dit : « Ah ouais c'est ça pour vous la liberté d'expression, eh bien vous me reverrez

plus », bref ça a duré deux mois, il m'écrivait des lettres toutes les semaines et tout, je voulais pas répondre, mais au bout d'un moment je me suis dit : « Bon d'accord je prends un rendez-vous on va s'expliquer. » Et je l'ai vu [...] [Camille lui explique qu'elle ne veut pas poursuivre une thérapie avec lui, il tente de la convaincre de reprendre un rendez-vous avec lui, elle ne le fait pas et lui assure qu'elle « garde le contact »]. J'ai jamais parlé avec lui depuis...

En plus d'avoir renversé la définition de la situation (« vous dites plus rien, vous êtes plus intéressant, vous comprenez rien »), c'est donc Camille qui met fin à la fois aux deux interactions décrites et au traitement lui-même, s'arrogeant là aussi une prérogative typiquement médicale dans le cas du traitement de l'anorexie. Lieu par excellence de l'imposition médicale, les interactions avec les médecins constituent aussi le lieu par excellence de résistance à cette imposition pour Camille.

Si l'on a choisi de distinguer la résistance aux médecins de celle opposée aux infirmiers, c'est que les formes de cette résistance ne sont pas les mêmes pour Camille. Tout d'abord, lors des entretiens avec moi, elle rapporte beaucoup plus d'interactions avec les médecins qu'avec les infirmiers. Ceci peut surprendre dans la mesure où les contacts quotidiens avec les infirmiers sont plus nombreux qu'avec les médecins. Reproduisant la hiérarchie institutionnelle de l'hôpital, Camille donne donc beaucoup plus d'importance aux médecins. De plus, dans le service S, les rapports, formels ou non, avec les infirmiers peuvent parfois se faire sur un mode relativement plus électif qu'avec les médecins, à la demande du patient. La résistance aux infirmiers peut donc s'élaborer dans l'évitement des interactions avec eux :

Il faut réfléchir avec elle sur ce que représente le personnel infirmier et à quoi cela la ramène. En effet, elle ne cherche contact qu'avec le médecin. Nie l'équipe paramédicale => pourquoi ? [service S, transmissions infirmières rapportant le contenu d'un entretien clinique de Camille avec le psychiatre chef de service].

Sera vue en entretien par le médecin. Camille "s'adresse toujours à Dieu plutôt qu'à ses saints, comme sa grand-mère" paternelle (journaliste [dans un grand journal français]) [transmissions enseignantes, notes sur une réunion de synthèse ; l'usage des guillemets indique qu'il s'agit d'une phrase prononcée par Camille qui a été citée lors de cette réunion].

Ces stratégies de distance se font sur le mode du mépris (social, on y reviendra), de l'explicitation de la hiérarchie institutionnelle (le médecin est un « Dieu », les infirmiers ne sont que « ses saints »), parfois même du refus de considérer les infirmiers comme des membres socialement légitimes du réseau d'interactions. L'efficacité de cette stratégie opère à un triple niveau. Tout d'abord, en explicitant ainsi les frontières hiérarchiques et institutionnelles, Camille peut toucher les médecins tout autant que les infirmiers : qu'une patiente explicite aussi brutalement ces divisions hiérarchiques n'est pas souhaitable pour les médecins, notamment dans le contexte de conflit entre médecins et infirmiers qui est au moment de l'enquête celui du service S. De plus, ces stratégies de distance constituent d'autant plus des stratégies de résistance que la relation patient/infirmier est justement définie par une proximité plus grande que la relation patient/médecin. En jouant la distance, Camille s'oppose donc à la définition psychiatrique de cette relation. Enfin, ce type de stratégie appartient également aux stratégies de retournement identifiées plus haut : c'est aux infirmiers que les médecins demandent de « garder de la distance » par rapport aux patients et de ne pas se laisser prendre dans une relation « trop proche ». Par ses stratégies de distance, Camille non seulement s'oppose à la norme psychiatrique, mais la renverse à son profit.

La distance n'est toutefois pas toujours une stratégie disponible, par exemple dans le service spécialisé de l'hôpital J. C'est alors la violence, verbale ou même physique, qui peut devenir une stratégie de résistance :

Ah oui ça aussi, à chaque fois qu'on retourne dans l'hôpital, j'avais beau... j'avais un infirmier qui s'appelait Jacques, mon infirmier référent, et toutes mes hospitalisations j'étais là [elle crie presque] : « Gros porc, vire de ma chambre » ; et il bougeait pas ; « Gros cochon, t'es sourd ou quoi ? »... Et le pauvre, il s'est pris des coups dans le bide et tout, mais incroyable ! La première fois que je suis sortie de l'isolement, j'ai foncé à Décathlon, j'ai acheté un punching-ball, j'ai dessiné sa tête et tout ! Quand je suis retournée la deuxième fois, je leur ai dit « écoutez, moi je veux bien revenir, mais alors sans "gros porc", j'en veux pas »...

Camille ne rapporte donc aucune prise de parole face aux infirmiers autre que des injures. De plus, par rapport à celles

qu'elle adressait aux médecins, l'injure citée frappe par sa personnalisation, que manifeste son usage comme surnom (« gros porc »), et par le fait que l'on retrouve l'une de ces opérations de disqualification sociale évoquées au chapitre précédent – mais beaucoup moins euphémisée : du point de vue de l'ethos qui y a été décrit, l'injure « gros porc » frappe son destinataire d'une totale indignité sociale. De plus, Camille ne fait aucun état, dans l'entretien, de stratégies de violence physique directe ou indirecte (le « punching-ball ») envers les médecins – dans l'interaction citée plus haut où elle se décrit comme « ligotée » par un médecin, elle ne répond pas physiquement.

Dans cette variation des formes de résistance, on peut voir à la fois un sens du jeu hospitalier et une forme de respect des positions professionnelles et hiérarchiques. Mais on peut également observer que ce sont des ressources différentes mais bien spécifiques qui sont mobilisées selon la situation : la « prise » de parole face aux médecins (ressources culturelles), l'assurance et le jeu sur le mépris social face aux infirmiers (ressources symboliques) mais aussi la violence physique face à un infirmier homme (ressources corporelles mais aussi symboliques, à travers l'injure « gros porc »). De fait, Camille résiste par le capital qui sert à asseoir, localement, la situation de pouvoir, et retourne l'instrument spécifique de la domination : la parole et sa maîtrise dans le cas des médecins, la force physique contre un infirmier homme. Elle ne se présente donc pas comme indiscernablement violente ou agressive, elle module pratiquement l'intensité et les modalités de sa résistance.

Si les stratégies utilisées par Camille sont nombreuses et différenciées, un certain nombre d'entre elles s'inscrivent ainsi dans une volonté de renversement des normes psychiatriques. C'est visiblement là un élément important des « difficultés » qu'elle pose à l'équipe médicale ou soignante :

Camille [...] cherche par tous les moyens à obtenir ce qu'elle veut [...]. Ne lâche pas le morceau. *Très* manipulatrice [transmissions infirmières].

Elle a même réussi à retourner [un psychiatre de l'hôpital J], hein, son bureau lui était ouvert à toute heure, à elle personnellement ! [psychiatre du service S, JT].

Cette dernière remarque est faite à mon intention, suite à l'annonce par Camille et ses parents de sa sortie prochaine

contre avis médical : c'est d'une certaine façon pour expliquer son échec pour la faire rester qu'il invoque le fait qu'un psychiatre se soit fait ainsi « retourner », c'est-à-dire ait lui-même modifié le « cadre » hospitalier au bénéfice d'une patiente. Mais cette remarque accrédite par ailleurs les propos de Camille quand elle présente l'issue de son rapport de force avec son psychiatre à l'hôpital J comme une victoire personnelle, et donne de la consistance à une résistance qui n'est sans doute pas qu'une posture occupée lors de l'entretien.

### *Les conditions sociales de possibilité de la résistance*

La question de l'« efficacité » de ces stratégies n'est pourtant peut-être pas la plus importante. Comme le souligne, de manière un peu provocatrice, E. Goffman, « ce qu'un individu "tire" précisément d'une pratique n'est sans doute pas le principal chef d'intérêt du sociologue. Pour [le sociologue], le premier problème n'est pas de savoir ce que l'adaptation secondaire apporte à celui qui en use, mais plutôt quelle est la nature des relations sociales nécessaires pour son instauration et sa conservation. Ce point de vue structural s'oppose au point de vue utilitariste ou psychosociologique<sup>14</sup> ». Après avoir donné une idée des stratégies mises en œuvre par Camille, il reste donc à se poser la question des conditions sociales de possibilité de ces formes de résistance à l'institution. On peut notamment se demander ce qui les rend possibles dans une relation qui apparaît si inégale localement (patient/infirmier, patient/médecin) et globalement (en âge, en statut, en genre).

C'est tout d'abord une forme d'expérience quasi « professionnelle » qui permet la maîtrise relative des interactions avec les représentants de l'institution médicale. Il faut en effet noter le nombre élevé d'hospitalisations de Camille (« J'ai fait ça huit fois », résume-t-elle après le récit de sa première hospitalisation et sortie contre avis médical avec lequel elle a débuté le premier entretien) et la longue durée de ces hospitalisations : « Parce que je suis restée trois ans quand même là-bas [à l'hôpital J], j'ai connu... Tous les gens qui sont ici et qui en viennent, y'en a presque la moitié, je les connais tous ! Les infirmiers, je les connais par cœur, enfin bon. » De plus, le fait que ces hospitalisations se soient faites dans des services différents (au moins

---

14. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 256.

trois services) lui a sans doute permis d'approcher le fonctionnement de l'institution psychiatrique indépendamment des spécificités de chaque service – ce dont rendent compte les phrases dans l'entretien qui parlent globalement des « médecins » et qui comportent l'adverbe « toujours », insistant ainsi sur les ressemblances de service à service qu'elle a pu déduire de la variété de ses observations.

Cette connaissance inductive du fonctionnement de l'hôpital et du point de vue psychiatrique se marque par exemple par la maîtrise des catégories locales, des « bons » termes à employer pour obtenir ce qu'elle veut. Ceci vaut pour les stratégies de résistance mais peut aussi être mobilisé par Camille pour obtenir une hospitalisation lorsqu'elle en veut une :

Bon je demandais à y aller [à l'hôpital] [...] et je parlais aux médecins, je leur disais ce que je pensais, comment j'étais, et la pression qu'il y avait sur moi dans la famille parce que... ça dégrade toute la famille, toute la famille est sur les nerfs et on dit un truc de travers et ça crie, ça casse, c'est infernal, et je leur disais que je pouvais plus quoi, parce que en plus je sentais que ça dépendait de moi, que dès que moi je me sentais mieux ça soulageait dans la famille... alors évidemment chaque fois ils me laissaient même pas rentrer chez moi, ils me mettaient direct dans une chambre... alors qu'avant y'avait pas de place ! Mais une fois qu'on y a été une fois à [l'hôpital] on vire quelqu'un et on prend la place, parce que une fois qu'ils connaissent, c'est un peu bizarre d'ailleurs... La première fois j'ai failli crever et j'avais pas de place, et après je pouvais toujours attendre mais non on me faisait pas attendre...

Dans cet extrait, Camille décrit, sur un mode qui mêle explicite et implicite, les moyens qui lui permettent d'obtenir l'assentiment des médecins et qui témoignent de sa maîtrise de certaines catégories psychiatriques. L'adverbe « évidemment » suggère que Camille a une claire conscience de l'efficacité de ce discours. Elle leur dit exactement ce qu'il faut pour obtenir « évidemment » et immédiatement l'hospitalisation qu'elle demande. Enfin, la deuxième partie de cet extrait d'entretien, par la mise en scène de la naïveté (« c'est un peu bizarre d'ailleurs ») et l'usage d'allusions accusatrices, témoigne également, sous une forme euphémisée, de sa maîtrise des codes et du fonctionnement des services.

Ce type d'expérience joue comme ressource dans la résistance. Camille la définit comme un apprentissage de la



« diplomatie », c'est-à-dire comme l'acquisition d'un type de langage spécifique visant à obtenir ce que l'on veut, tout en faisant semblant de faire des concessions. Cet apprentissage s'apparente à une socialisation professionnelle et s'appuie sur la maîtrise des « bonnes catégories » et des « bons » termes, comme une langue étrangère apprise dont elle sait l'efficacité : « J'ai été très diplomate parce qu'on apprend à être diplomate en parlant avec les psys ! Je lui ai dit : "Bon ben écoutez c'est très simple, pour l'instant je me sens pas la force d'affronter un psychodrame comme ça", j'en pensais pas un mot et tout ! "mais quand ça ira mieux et tout je reprendrai c'est sûr, je ferai une démarche, je prendrai un rendez-vous !" » « Diplomatie » défensive qui peut même devenir offensive, quand il s'agit d'utiliser son savoir sur certaines théories pour tenter de mettre en cause le point de vue médical : « Et c'est surtout la mère en fait, toujours, l'anorexie c'est toujours la faute de la mère... Et c'est vraiment lourd. Et je passais mon temps à dire aux médecins, "à chaque fois en entretien familial vous recommencez, ça suffit de culpabiliser ma mère, elle y est pour rien, elle comprend pas pourquoi vous l'assommez comme ça"... Et pourtant ils continuaient quoi. Et ici, c'est un peu pareil. »

Camille ressemble ainsi aux « patients professionnels » étudiés par R. Barrett : « Un stéréotype de patient illustrant la résistance à l'autorité psychiatrique était le "patient professionnel". Ces patients professionnels étaient qualifiés de "manipulateurs", "résistants" [...]. Les patients professionnels acquéraient aussi une connaissance détaillée du personnel hospitalier. Ils étaient réputés pour leur connaissance de la personnalité de chacun, et même du détail des équipes. Ils connaissaient le "système" [...]. Le danger représenté par les patients professionnels était qu'ils volaient le pouvoir au personnel, notamment le pouvoir de définir leur maladie et de contrôler leur localisation dans l'hôpital [...]. [Pour le personnel] dénigrer les patients [professionnels] neutralisait leur pouvoir, redéfinissait la distinction entre personnel et patients, et réaffirmait le pouvoir professionnel <sup>15</sup>. » L'intérêt du rapprochement entre « patient professionnel » et « résistance » tient également au fait qu'il met particulièrement en lumière les relations complexes entre intégration du point de vue médical et résistance à ce même point de vue. On peut voir, sur les

---

15. R. BARRETT, *La Traite des fous*, op. cit., p. 179.

exemples cités, à quel point la résistance de Camille s'appuie en pratique sur la connaissance voire l'intériorisation du point de vue psychiatrique. E. Goffman évoque brièvement sous cet angle les cas d'« intransigeance » où le patient « lance un défi volontaire à l'institution en refusant ouvertement de collaborer avec le personnel » : « Pour rejeter ainsi de façon permanente une institution totale, il faut se référer constamment aux règles explicites de son organisation et, paradoxalement, s'intégrer, en un certain sens, profondément à l'établissement <sup>16</sup>. » L'intégration est donc en partie condition de possibilité de la résistance. L'intériorisation du point de vue psychiatrique et la résistance à ce point de vue ne sont pas deux phénomènes opposés mais deux aspects d'un même processus : dans les termes de Camille, « apprendre à être diplomate » pour pouvoir continuer la « lutte ». Ce type de résistance ne peut pas être celui d'une patiente qui viendrait tout juste d'entrer à l'hôpital. On pourrait faire l'hypothèse – qui ne saurait être vérifiée ici – que la résistance a elle aussi une histoire et une carrière : il n'y aurait pas seulement des niveaux différents de résistance selon les patientes, mais également des types et des modalités différents de résistance selon le stade du parcours hospitalier.

Si Camille présente explicitement sa connaissance de la « diplomatie » psychiatrique comme une ressource dans sa résistance, elle est moins explicite sur un deuxième type de conditions sociales de possibilité de la résistance qui peuvent être mises en évidence : les ressources que constituent, dans cette lutte, des dispositions sociales de classe.

Celles-ci se manifestent par exemple face aux infirmiers : « Camille est allée voir à deux reprises [une infirmière] à l'extra. Elle avait rendez-vous avec elle à 13 h 15. Elle a oublié ! Je l'ai reprise, elle était à la limite de l'arrogance » [transmissions infirmières]. On se souvient de plus du dicton utilisé par Camille pour justifier son refus des interactions avec les infirmiers, « mieux vaut s'adresser à Dieu qu'à ses saints », et du fait qu'elle l'attribuait à sa grand-mère, « journaliste [dans un grand journal français] ». Camille procède à une importation, à l'intérieur du cadre de la clinique, d'attitudes sociales plus globales témoignant d'un sentiment de maîtrise du monde social. La prise de distance par rapport aux infirmiers évoquée plus haut s'enracine en partie dans un mépris de classe dont on

---

16. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 106-107.

peut trouver des manifestations chez d'autres enquêtées du corpus : « [À propos de la restriction imposée du travail scolaire dans le service] Des fois ça me fait bizarre, et même des fois j'y crois pas trop... Je travaille, et quand un infirmier ou quelqu'un comme ça me dit : "Julie, tu travailles trop, tu devrais t'arrêter", je me dis : "Lui il en sait rien, il ne sait pas ce que c'est que de passer le bac"... » [Julie, H]. L'ironie de Camille face aux « métiers peu valorisants » est ainsi notée dans les transmissions infirmières : « Même s'il existe des solutions professionnelles sans bac, elle [Camille] n'envisage pas d'avoir un travail sans bac. Ironise en citant des métiers qu'elle ressent comme peu valorisants » [transmissions infirmières]. De même, lorsque je fais remarquer à Camille, à la fin de l'entretien, que « dans sa famille il y a plein de professions différentes », elle interprète tout de suite ma remarque dans un cadre distinctif et affirme : « Moi c'est sûr que bon, vu ce que font les gens dans ma famille, je voudrais pas être postière. »

Dans la courte deuxième phrase de l'extrait des transmissions infirmières cité ci-dessus, on sent de plus une distance de la rédactrice de ces notes par rapport au mépris de Camille qui témoigne sinon de l'impression d'être visée par les propos de Camille, du moins de la condamnation de cette attitude de mépris social. Une même posture critique des attitudes de classe de Camille existe chez les enseignants, où la critique prend la forme d'un reproche à l'égard de l'élitisme mis en scène par Camille : « Dit que finalement elle ne souhaite pas faire un LEA car certaines matières ne l'intéressent pas. Ne semble s'intéresser qu'au "vernissage" (être interprète, traductrice...) mais déchantée très vite lorsqu'elle est confrontée à la réalité » [transmissions enseignantes]. Cet élitisme, les premiers moments du deuxième entretien avec Camille le donnent directement à voir : « Elle me dit qu'elle ne veut plus faire de l'interprétariat, parce que ce n'est pas suffisamment intéressant et qu'il faut beaucoup de temps pour être reconnu et se faire une place, et que pendant ce temps traduire des textes débiles sur la culture du maïs c'est pas très intéressant » [JT].

C'est une même posture, mais appliquée cette fois à l'institution elle-même, que manifeste la récurrence dans l'entretien de termes appliqués au cadre de l'hôpital pour signifier qu'il n'est pas digne de l'accueillir. Camille se place dans une attitude de consommatrice exigeante, sensible à l'esthétique de son cadre de vie, dès les premières phrases de l'entretien. Alors que

je fais démarrer l'enregistrement, je pose le magnétophone sur le lit où elle s'est installée et fais une remarque sur le couvre-lit sur lequel repose le magnétophone :

MD : – Il est super ce couvre-lit !

C : – Ouais... Je l'ai fait changer, ils m'avaient donné un violet pouilleux... Je l'ai fait changer...

L'adjectif « pouilleux » revient dans l'entretien, ainsi que le terme « poisseux » : « Au bout d'un moment je lui ai dit [à son psychiatre de l'hôpital J] : "J'en peux plus, écoutez, déjà ça me fout le cafard de mettre les pieds dans votre bâtiment... poisseux... là"... [...] [Pendant l'entretien, la porte s'ouvre (toute seule ?), elle va la fermer]. C'est des portes un peu pouilleuses. » On retrouve bien la catégorisation par Camille de la clinique C comme « hôtel », un hôtel dont les prestations ne sont pas à la hauteur de ses exigences de cliente (et non de patiente). Une même catégorisation intervient dans la demande répétée qu'a faite Camille de « changer de chambre » à la clinique, qui constitue là aussi une pratique de cliente exigeante, qui « menace de partir » (de quitter « l'hôtel ») si elle n'obtient pas une meilleure chambre. Les transmissions infirmières témoignent d'un long processus de négociation sur ce point :

17.09 Transmissions : Pas contente qu'on lui refuse de changer sa chambre, qu'elle trouve trop petite.

10.11 Entretien clinique : Camille est très provocatrice, agressive envers [le médecin]. Reparle de sa chambre avec provocation. « Menace » de partir si on ne la change pas de chambre.

21.01 Entretien familial : La mère s'inscrit dans les récriminations de sa fille et demande même si un changement de chambre n'est pas une solution vu le fait qu'elle est entourée des deux voisins qui font le plus de bruit. [...] L'idée de changer Camille de chambre semble plus adaptée maintenant que dans le temps. Peut occuper la chambre.

Il semble ainsi que ce soit finalement l'entretien familial qui ait permis à Camille d'obtenir ce changement de chambre, peut-être aussi l'intervention de sa mère sur ce point – la ressource parentale –, ainsi que, très probablement, le départ d'un patient libérant une chambre occupée jusqu'à cette date. Finalement, les deux types d'expression de ce mépris social (envers les

infirmiers, envers le cadre hospitalier) font système : si la clinique est juste un « hôtel », les infirmiers en sont alors des employés avec lesquels il faut maintenir une distance autorisant l'« arrogance » lorsque les interactions avec eux sont inévitables.

Le modèle visé du rapport social avec les médecins est en revanche celui de la familiarité et de l'aisance données par l'assurance d'appartenir à un même milieu social. Camille tente de faire jouer la solidarité de classe contre la hiérarchie locale qui institue une barrière stricte entre médecins et patients : « [Camille] veut être la fille préférée du docteur X [chef du service S] [réunion de synthèse] ». Si une telle remarque est interprétée, au sein de la clinique, comme une forme de transfert ou de manipulation anorexique, on peut l'envisager ici dans un sens différent comme une volonté de jouer la proximité sociale contre la séparation hospitalière. Le monde de l'hôpital est d'ailleurs décrit par Camille comme un univers où le capital social joue un grand rôle : « Donc finalement, j'ai vu monsieur X [le chef du service S, qu'elle ne qualifie donc pas par son titre professionnel] et je me suis dit : "Ouais, il a l'air vachement sympa et tout"... Et il me disait : "Mais c'est quand vous voulez, y'aura de la place", et souvent on attend un an ou deux ans pour venir ici, et au bout de trois jours j'avais ma réponse... Je me dis : "C'est louche"... Et après j'ai compris qu'il avait dû y avoir un coup de fil entre [son psychiatre de l'hôpital J, spécialiste de l'anorexie] et X qui a dû accélérer les choses... Et il [X] me dit : "Quand vous voulez", et alors : "Ah ben oui alors tant qu'à faire moi je prends mes vacances ! Je viens en septembre". » Le chef du service S lui semble donc, au premier abord, « vachement sympa », et l'expression indique bien que le « vouloir être sa fille préférée » s'inscrit d'emblée dans une relation de familiarité avec les représentants de l'institution. Cette aisance est renforcée par la conviction de Camille de ne pas être une patiente « comme les autres », de ne pas être un « on » indéfini qui doit attendre pour une réponse, mais d'avoir des relations – son psychiatre de l'hôpital J – lui permettant d'obtenir des privilèges. C'est sur cette conviction que s'appuie son pouvoir de négociation avec le chef du service S, et la demande qu'elle fait de « venir quand elle veut » et de « prendre ses vacances », comme si la patiente « professionnelle » pouvait poser ses congés.

Tout ceci, ainsi que son usage au moins discursif de la clinique comme « hôtel-restaurant-cours », se rapproche d'un modèle d'appropriation privée de l'espace public, permise aux dominants dans certains espaces<sup>17</sup>. Mais on peut également y voir ce qu'E. Goffman, dans *Asiles*, nomme l'« exploitation du système » (« *working the system* ») : « Étendre et améliorer les possibilités existantes de satisfaction légitime ou bien exploiter à des fins personnelles toutes l'activité routinière officielle<sup>18</sup>. » Carrière et capitaux vont ici dans le même sens, celui de l'appropriation voire du retournement de l'institution. De nombreuses remarques dans l'entretien témoignent de la lecture que fait Camille de l'hôpital comme un lieu où le capital social joue à plein, et du fait que, possédant ce capital, elle n'est pas une patiente comme les autres :

L'hôpital J, c'est vachement réputé pour l'anorexie, avec le professeur Y, et tout ça [...]. [Après plusieurs hospitalisations à l'hôpital J, elle entre à la clinique C] Et bon, parallèlement moi je voyais monsieur Y [son psychiatre à l'hôpital J], ce qui ne plaît pas du tout ici à monsieur X [son psychiatre à la clinique C] parce que j'ai toujours vu LE chef de service et tout, et il a l'impression que je fais la petite merdeuse qui voit que les grands chefs... Donc je le voyais une fois par semaine, et je m'entendais vachement bien avec lui parce que en plus il connaissait ma psy de l'extérieur.

On voit bien, dans cette dernière phrase, comment une interaction à visée thérapeutique, du point de vue de l'hôpital, est présentée par Camille sur un mode presque mondain (« Je m'entendais vachement bien avec lui »), celui des « relations » sociales communes (« il connaissait ma psy de l'extérieur »). Les pratiques et codes en vigueur dans le monde médical (le suivi des patients d'un médecin à l'autre, les contacts qui sont censés toujours exister entre un thérapeute extérieur et l'équipe médicale du service où le patient est hospitalisé, par exemple) sont donc relus par Camille à l'aune d'une vision plus globale des bénéfices du capital social. Or une telle représentation du monde de la médecine est à la fois structurée (Camille applique au monde de la médecine une grille de lecture du monde social plus générale et apprise par ailleurs) et

---

17. Voir M. PINÇON, M. PINÇON-CHARLOT, *Dans les beaux quartiers*, Seuil, Paris, 1989, chapitre 8.

18. E. GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 266.

structurante, dans la mesure où une telle attitude a des effets réels en termes d'élaboration de stratégies de résistance s'appuyant sur cette conviction de ne pas être « n'importe quelle patiente ». D'ailleurs, le discours des médecins eux-mêmes sur Camille évoque également une perception et un codage de cette familiarité sociale :

Camille semble essayer de demander de l'aide de façon plus authentique tout en gardant une relation pleine d'espièglerie et de manipulation [rédigé par l'interne].

Non, c'est vrai, elle est attachante [chef du service S, JT].

« Attachante », « espiègle » : les deux termes ont en commun une connotation positive, même lorsqu'ils s'accompagnent de commentaires sur l'« opposition », la « manipulation » ou la « rigidité » dont fait preuve Camille. Ils ne doivent cependant pas être interprétés comme un signe d'approbation pour la patiente Camille (même « espiègle », elle reste une patiente « difficile ») mais plutôt pour sa personnalité sociale : les médecins reconnaissent dans ces stratégies des dispositions qu'ils valorisent par ailleurs du fait de leur position sociale – ce qui implique donc que Camille a obtenu de ne pas être considérée ou décrite exclusivement comme une « patiente ». Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par le fait que cette connotation positive disparaît dans les jugements infirmiers, dans lesquels il ne reste plus que la condamnation d'une attitude de patiente « difficile », dont les infirmiers ressentent le mépris social : on a déjà cité la condamnation infirmière de son « arrogance », à laquelle on peut ajouter l'usage dépréciateur des termes d'« enfant gâtée » ou de « princesse ». Tout en partageant avec les médecins un codage de Camille comme patiente « difficile », les infirmiers seraient donc moins enclins que ces derniers à compenser ce codage par une évaluation positive de la « personne » de Camille – sans doute parce que les effets de ses propriétés sociales sont plus dommageables pour eux que pour les médecins.

Enfin, la conviction pratique de ne pas être une patiente « comme les autres » n'intervient pas seulement dans les rapports avec les médecins et les infirmiers. La logique élitiste, mise en lumière avec les infirmiers, se manifeste également à l'égard des autres patients. Ces derniers ne constituent pas plus que les infirmiers des partenaires envisageables de

l'interaction : « [À l'hôpital] Je jouais au Scrabble, toute seule, parce que les autres [...] je les trouvais trop nuls. » Une telle attitude apparaît très nettement dans les textes du service, dans la mesure où elle pose un problème à l'équipe médicale et soignante :

Elle garde une place à part et a des difficultés à accepter le cadre *en se mettant au même niveau que les autres patients* (demande des rendez-vous au docteur Y en dehors des horaires fixés) [rédigé par l'interne].

Camille se plaint des autres patients : leurs conversations sont banales et d'aucun intérêt [transmissions infirmières].

Si ces commentaires condamnent une telle attitude, Camille parvient parfois à imposer l'idée selon laquelle elle ne souhaite pas être associée avec n'importe qui : « [En réunion de synthèse, on discute le cas d'un patient qui est très violent]. La question est : "Faut-il le garder ou non dans le service ?" Dès le début la décision s'oriente vers le départ du patient vers un autre service, mais la discussion est longue [...]. À un moment, une infirmière mobilise comme argument les réactions des autres patients : "Les autres patients ne le supportent pas... Camille m'a dit qu'elle ne l'appréciait pas et qu'elle n'irait pas en séjour [thérapeutique] s'il était là" » [JT]. Cet argument, utilisé par une infirmière qui souhaite le départ du patient en question, ne constitue pas un argument légitime dans la réunion au sens où il ne s'agit pas d'une « bonne raison » dans la prise de décision médicale – ce que souligne le chef du service. Mais ce n'est sans doute pas un hasard si c'est le nom de Camille qui apparaît à ce sujet.

Ainsi, le « refus du cadre » de l'hôpital s'explique par le refus de « se mettre au même niveau que les autres patients », c'est-à-dire la volonté de voir reconnaître l'exceptionnalité de sa personne sociale à travers l'attribution de privilèges, comme celui, cité plus haut, d'avoir le bureau d'un psychiatre « ouvert à toute heure, à elle personnellement ». La résistance s'appuie sur la distinction à l'égard des autres patients autant que des infirmiers. Sur ce point, les stratégies de résistance peuvent apparaître dans la continuité de l'ethos élitiste évoqué précédemment. Ce qui fait le lien en effet, c'est à la fois la volonté et l'assurance pratiques de ne pas être traitée par l'institution comme tous les « autres ».



Si l'analyse du cas de Camille a permis de faire apparaître quelques-unes des stratégies de résistance et de leurs conditions sociales de possibilité, le travail de terrain réalisé ne permet ni de traiter exhaustivement cette question de la résistance, ni même de véritablement contextualiser, à l'intérieur du corpus, le cas de Camille. Si l'on peut dire que c'est celle qui adopte le plus clairement une posture de résistance, on ne dispose pas sur ce point de variations dans le corpus que l'on pourrait rapporter à des positions dans l'espace social ou à des situations dans le parcours hospitalier. On peut cependant noter qu'une autre patiente du service S, nouvellement arrivée lors de ma deuxième période d'observation et que je n'ai pas interviewée, semble faire preuve d'un même type de résistance à l'institution médicale. Or, tant sa position sociale (elle est fille d'un professeur d'université et d'une proviseur de lycée) que sa situation dans le parcours hospitalier (elle a fait de nombreuses et longues hospitalisations avant d'arriver à la clinique C) sont proches de celles de Camille :

[Transmissions infirmières, rédigées par différents membres de l'équipe infirmière]

Compte rendu de l'entretien médical : elle n'est guère loquace. Très insolente, provocatrice, manipulatrice. Refuse verbalement de remonter le cours de son passé, de voir le début de l'anorexie, donne l'impression de s'en moquer (21.09)

Compte rendu de l'entretien médical : toujours aussi manipulatrice et provocatrice. Sait habilement retourner les questions du [psychiatre]. Reste très distante par rapport aux autres patients (28.09)

Sera vue cet après-midi par [l'interne] du fait des difficultés de l'équipe [soignante] à nouer des contacts avec elle (13.10)

Réclame son magnésium ce midi [...]. Me répond être pressée et que personne [parmi les infirmiers] ne le lui donne : "Vous savez ici..." me dit-elle d'un air assez méprisant (12.11)

Compte rendu de l'entretien médical : elle se met à parler un peu plus mais refuse d'approfondir l'origine de son refus de manger (16.11)

Compte rendu de l'entretien médical : entretien très particulier. Elle ne dit rien. Pas un mot ! (11.01).

Très gaie, souriante. Plaisante un peu avec nous mais ne peut s'empêcher d'être caustique (16.01)

On retrouve donc ici à la fois le silence et le retournement comme stratégies de résistance, ainsi que le jeu sur la distance avec le personnel infirmier, mais aussi avec les autres patients. On reconnaît également, à travers l'« insolence », la « causticité » et le « mépris » qui s'adressent aux infirmiers, la perception d'un mépris de classe mis en lumière dans le cas de Camille. Là encore, on peut faire l'hypothèse que le type particulier de résistance qui s'exerce nécessite des ressources spécifiques.

On a donc vu que les conditions sociales de possibilité d'une telle résistance pouvaient être regroupées en deux ensembles : d'une part une connaissance du monde hospitalier acquise par socialisation quasi professionnelle au statut de patiente, qui poursuit l'« entraînement » à la résistance effectué dans les phases précédentes de la carrière et, d'autre part, des dispositions de classe mobilisées dans le monde hospitalier. Ces deux types de ressources se combinent dans une « diplomatie » particulière, pour reprendre le terme de Camille, à la fois offensive et défensive, à la fois résistance et intégration. Le terme de « diplomatie » (« on apprend à être diplomate en parlant aux psys ») évoque bien ces deux types de ressources. Le langage diplomatique constitue la compétence d'une profession spécifique qui s'apprend au cours d'une carrière. Mais « être diplomate » est également un statut social en affinité avec un certain type de socialisation primaire qui peut être le résultat d'un apprentissage situé en amont de la carrière professionnelle. De plus, l'exceptionnalité dont se prévaut implicitement Camille tout au long de l'entretien fait le lien entre les deux registres : elle n'est ni une patiente – par son ancienneté –, ni une personne – par sa position sociale – « comme les autres ». La mise en espace social de la phase hospitalière effectuée dans ce chapitre et notamment l'analyse des conditions sociales de possibilité de cette forme de résistance font donc apparaître l'intérêt qu'il y a à faire intervenir des propriétés sociales pour rendre compte de la « difficulté » particulière posée à l'équipe par les patientes anorexiques, ou par certaines d'entre elles. Effets liés à la carrière et influence des propriétés sociales des enquêtées se combinent donc, sur ce point comme plus généralement, pour rendre compte de l'anorexie en pratiques.

## Conclusion

---

En 1924, M. Mauss présente une communication à la Société de psychologie sur les rapports entre psychologie et sociologie. Il en conclut la première partie en s'engageant, au nom des sociologues, à ne pas s'aventurer sur les terres de la psychologie : « Mais n'ayez crainte. Nous sommes les premiers, ayant le sens du droit, à vouloir respecter vos bornes, et il suffit qu'il y ait, petit ou grand, un élément de conscience individuelle, pour légitimer l'existence d'une discipline qui lui soit consacrée, individuelle. D'ailleurs, nous ne songeons pas à la nier. Même lorsque l'esprit de l'individu est entièrement envahi par une représentation ou une émotion collective, même lorsque son activité est entièrement vouée à une œuvre collective [...] nous en convenons, l'individu est source d'action et d'impression particulières. Sa conscience peut et doit être, même alors, l'objet de vos considérations, et nous-mêmes sommes tenus d'en tenir compte. Car quel que soit le pouvoir de suggestion de la collectivité, elle laisse toujours à l'individu un sanctuaire, sa conscience, qui est à vous<sup>1</sup>. » Pourtant, ce respect des frontières disciplinaires n'est pas la concession à la psychologie d'un domaine de faits qui lui serait exclusivement réservé. Une autre posture, plus conquérante, se superpose dans sa communication à la première. De même qu'il autorise le psychologue à considérer des faits sociaux, il accorde à la sociologie un droit symétrique : « La part des représentations collectives : idées,

---

1. M. MAUSS, « Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie », in M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1993 (1950, 1924), p. 290.

concepts, catégories, mobiles d'actes et de pratiques traditionnels, sentiments collectifs et expressions figées des émotions et des sentiments, est si considérable, même dans la conscience individuelle – et nous en revendiquons l'étude avec tant d'énergie –, que, par instants, nous semblons vouloir nous réserver, à nous, toutes recherches dans ces couches supérieures de la conscience individuelle. Sentiments supérieurs, pour la plupart sociaux : raison, personnalité, volonté de choix ou liberté, habitude pratique, habitude mentale et caractère, variation de ces habitudes ; tout cela nous disons que c'est de notre ressort avec bien d'autres choses encore<sup>2</sup>. » En s'autorisant à élaborer une approche sociologique de l'anorexie, on espère avoir montré que ne pas faire preuve de « sens du droit », pour reprendre et retourner la boutade de M. Mauss, c'est se donner la possibilité de construire un autre regard sur l'anorexie et d'en faire apparaître des aspects inaperçus.

Cette approche s'est en effet concentrée sur la mise au jour d'un processus central de la carrière anorexique : le travail de transformation de soi qui y est à l'œuvre, sur les deux fronts principaux du corporel et du culturel, et qui opère par une entreprise méthodique de transformation des dispositions. Il débute par l'engagement dans une prise en main, qui se poursuit dans différents domaines pratiques. Les dispositions qui résultent de ces deux premières phases finissent par constituer une « seconde nature » contre laquelle est dirigé le travail hospitalier – auquel la patiente participe plus ou moins. Ce dernier prend la forme d'un travail collectif sur la personne – un « second » travail de transformation –, visant à faire disparaître ces dispositions et à leur en substituer de nouvelles, dans un premier temps par l'intermédiaire de la remise de soi de la patiente à la ligne pratique institutionnelle. Dans cette optique, l'anorexie apparaît comme une forme de socialisation secondaire, mais qui semble s'opérer « en solitaire » et, en tout cas, sans qu'une institution soit directement impliquée dans l'entreprise de transformation pourtant puissante et plurifrontale des premières phases de la carrière. Le dispositif hospitalier, qui joue en revanche ce rôle classique des institutions dans un dernier temps, fait alors d'autant plus apparaître à quel point il est nécessaire que tout un poids institutionnel soit engagé dans cette transformation inverse de la précédente. Les institutions

---

2. *Ibid.*, p. 289.

disciplinaires décrites par M. Foucault, ou les institutions totales analysées par E. Goffman sont des dispositifs qui organisent la modification des personnes, comme l'a montré l'étude de la phase hospitalière. Mais celle des premières phases de la carrière a fait apparaître une autre modalité, volontariste et individuelle, de la transformation de soi. Lors des premières phases, tout se passe donc comme si les enquêtées étaient violemment transformées par une institution totale pourtant absente, et quasiment autorecrée à partir de normes ou d'injonctions sociales plus ou moins diffuses<sup>3</sup>. Et c'est là peut-être que l'approche sociologique retrouve et reformule le caractère « a-normal » de l'anorexie : les enquêtées sont pour ainsi dire à elles-mêmes leur propre institution totale.

C'est précisément cette absence institutionnelle qui fait émerger la question du travail et qui rend nécessaire l'emploi de ce terme pour désigner l'activité anorexique. De ce point de vue, l'anorexie constitue un cas extrême de travail de transformation de soi. On peut d'ailleurs parler de « travail de soi », pour éviter d'employer l'expression de « travail sur soi » qui, bien que parfois utilisée en ce sens en sociologie, désigne plutôt, comme le montre l'analyse de la phase hospitalière, un processus de « découverte » – apprendre à se comprendre et à « faire avec » soi-même – que de transformation<sup>4</sup>. Mais ce cas extrême (à la fois par les méthodes employées et par le fait que les pratiques qui le composent soient étiquetées comme

---

3. On peut *a contrario* mesurer combien c'est toute une force institutionnelle qui est en jeu dans le « travail de conversion » et d'« inculcation » opéré par des institutions totales comme l'armée (L. PINTO, « L'armée, le contingent et les classes sociales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 3, 1975) ou le petit séminaire (Ch. SUAUD, « Splendeur et misère d'un petit séminaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 4, 1976), qui est, sous ce rapport, comparable à l'action de l'hôpital lors de la dernière phase de la carrière étudiée.

4. Dans son cours du Collège de France sur les morales de l'époque hellénistique et romaine, M. FOUCAULT montre qu'elles sont fondées sur « un travail de soi sur soi, une élaboration de soi sur soi, une transformation progressive de soi sur soi dont on est soi-même responsable dans un long labeur qui est celui de l'ascèse (*askēsis*) », *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*, édité par F. GROS sous la direction de F. EWALD et A. FONTANA, Gallimard/Seuil, Paris, 2001, p. 17. Or M. Foucault oppose ce « travail de soi sur soi » à une autre conception de la libération du sujet qui passe par la révélation de la vérité de ce qu'il est, de ce que sont ses désirs et son passé. Cette seconde conception est selon lui caractéristique des techniques de soi des monastères chrétiens des premiers siècles de notre ère, mais il voit dans la psychanalyse une de ses principales héritières contemporaines. Dans un contexte très différent, on retrouve donc l'opposition entre un « travail de soi sur soi », impliquant une pratique méthodique de transformation de soi, et un « travail sur soi » comme entreprise de découverte de soi.

déviantes) est également un cas parmi d'autres de « travail de soi » : il rend seulement particulièrement visible et plus saillant un processus à l'œuvre dans d'autres situations<sup>5</sup>. La modalité volontariste de ce travail de transformation ne doit pourtant pas conduire à l'envisager comme un « choix de vie ». Certes, son aspect méthodique et planifié, ainsi que son orientation dans l'espace social des goûts et des pratiques pourraient le faire apparaître comme une façon de « faire de vertu nécessité », dans la mesure où il s'agit de se forger des dispositions et des attributs orientés vers l'excellence, voire l'exceptionnalité sociale. Pour autant, « faire de vertu nécessité » est aussi une manière de « faire de nécessité vertu », ce que mettent en lumière les conditions sociales et structurelles de possibilité, très situées, de ce travail individuel de transformation de soi.

L'analyse de ses conditions sociales de possibilité dessine plus précisément un « lieu » sociohistorique du travail anorexique qui correspond à l'entrecroisement des variables sociales (de genre, de classe et d'âge) qui définissent tendanciellement le recrutement des anorexiques. On peut tout d'abord noter, avec les sociologues du corps, l'existence aujourd'hui d'un ensemble de représentations et de normes faisant de la transformation corporelle un objectif à la fois possible et souhaitable : les représentations actuelles de la malléabilité corporelle, notamment féminine, relèvent d'un mouvement de fond. En s'appuyant sur les théories d'A. Giddens sur le « projet personnel », C. Schilling décrit l'importance actuelle du « projet corporel » comme système de pratiques et de représentations de la transformabilité du corps, celui-ci devenant objet de travail à mesure que l'idée de sa malléabilité et de sa non-finition (une « nouvelle plasticité ») est imposée : « Le corps est tendanciellement perçu comme une entité en devenir ; un *projet* qui doit être travaillé et accompli comme une composante de l'identité

---

5. On peut penser ici aux analyses sociologiques d'objets aussi différents que la « fabrique du boxeur » (L. WACQUANT, « Pugs at work : bodily capital and bodily labour among professional boxers », *Body and Society*, vol. 1, n° 1, 1995), le « travail de construction de soi » d'un aristocrate pendant la Révolution française (F. MATONTI, « La beauté capitale », *Sociétés & Représentations*, n° 6, 1998), le « travail sur soi » de petits-bourgeois sous la III<sup>e</sup> République (D. MEMMI, « L'ascension sociale vue de l'intérieur : les postures de la conquête », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 100, 1996), et le « projet continu d'amélioration de soi » dans le cas d'un jeune homme ayant décidé de changer de sexe (H. GARFINKEL, *Studies in Ethnomethodology*, Polity Press, Cambridge, 1984 [1967], chap. 5 et annexe). Pour une comparaison systématique de ces différents types de transformation de soi, voir M. DARMON, *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse citée, chap 9.

*individuelle* [...]. Son apparence, sa corpulence, sa forme et même son contenu sont potentiellement exposés à une reconstruction conforme aux intentions de son possesseur [...]. Dans ce contexte, les corps deviennent des entités malléables qui peuvent être modelées [...] par la vigilance et le travail acharné de leur possesseur<sup>6</sup>. »

Plus spécifiquement, trois ensembles de conditions sociales de possibilité semblent intervenir dans le cas du travail anorexique de soi. Le caractère inachevé du corps, qui exige d'accomplir un travail pour le « finir », est, comme on l'a vu, une norme imposée tout particulièrement aux femmes. La position de genre constitue l'une des conditions sociales de possibilité du travail anorexique de soi, le remodelage individuel du corps féminin étant socialement imposé comme à la fois possible et nécessaire, que ce soit par l'offre des techniques disponibles ou par l'imposition du corps légitime. La position dans les classes d'âge semble également représenter une deuxième condition de possibilité. En effet, le fatalisme ou l'espoir de transformation corporelle se conjuguent également en fonction de l'âge. On peut même avancer que l'adolescence, voire l'enfance sont aujourd'hui construites comme des périodes de la vie où le front alimentaire et corporel peut et doit être travaillé – qu'on songe par exemple aux actions de prévention de l'obésité –, établissant ainsi une norme, mais également une définition de la possibilité du remodelage corporel à ces âges. Enfin, en ce qui concerne l'origine sociale, la mise en espace des phases de la carrière a permis de faire apparaître les affinités entre le travail anorexique de soi (y compris la résistance parfois opposée à ceux qui tentent de le faire cesser) et les dispositions des classes moyennes et supérieures : pratiques alimentaires, corporelles ou scolaires situées ; capital corporel comme capital « total » susceptible d'incorporer et de manifester le capital culturel ; ethos du contrôle sur le destin tout à la fois corporel et social, et sur les assignations publiques ; élitisme corporel et culturel.

La prise en compte de l'origine sociale des enquêtées a été opérée en opposant, de manière certes tranchée, *ethos*

---

6. C. SHILLING, *The Body and Social Theory*, Sage, Londres, 1993, p. 5. Sur l'installation progressive de cette idée d'un « corps susceptible de transformations sans fin », voir aussi par exemple G. VIGARELLO, *Le Sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*, Seuil, Paris, 1993, p. 326.

anorexique et *ethos* populaire – ce qui correspond par ailleurs, on l’a vu, à la façon dont les enquêtées elles-mêmes envisagent le monde social, sous la forme de classements symboliques binaires et superposés dans leurs différentes dimensions (corporelle ou scolaire par exemple). Il est probable que d’autres enquêtes pourraient établir avec bien plus de précision la « position sociale » de l’anorexie. Une piste prometteuse pourrait être celle de la position intermédiaire qu’occupent les classes moyennes. Une localisation de l’anorexie dans cet entre-deux social permettrait de « nicher » les caractéristiques du travail anorexique de transformation de soi « entre » la présence d’un *ethos* de la malléabilité corporelle et sociale, qui rend ce travail possible (différenciation par le bas), et l’absence d’assurance, la recherche d’une « grâce » sociale qui le rendrait souhaitable, sur le mode d’une exigence sociale d’amélioration (différenciation par le haut). L’anorexie s’inscrirait alors dans les mêmes positions sociales que celles qui déterminent l’action sur le corps vieillissant, où le travail effectué se définit très précisément par opposition à un renoncement qui l’exclut *et* à une assurance qui le rend inutile<sup>7</sup>, ou bien le recours aux clubs de sport ou à la chirurgie esthétique<sup>8</sup>. Autre piste, peut-être encore plus tentante : la mise en relation de l’anorexie avec des trajectoires de mobilité sociale ascendante, autre forme d’entre-deux qui déterminerait l’ascétisme extrême de la carrière ainsi que l’hypercorrection des pratiques et la totalité de *l’ethos* de tension mis au jour, et qu’on pourrait rapporter à un sentiment

---

7. « M. Featherstone suggère que, contrairement aux membres des classes populaires qui tendent à être plus disposés à accepter le déclin corporel consécutif à la vieillesse comme inévitable, les nouvelles classes moyennes redoutent le vieillissement du corps. Par conséquent, des techniques d’entretien du corps sont utilisées comme une façon de combattre l’âge et ses caractéristiques associées. En revanche, les classes supérieures ont tendanciellement acquis un rapport au corps qui peut recouvrir et masquer bien des effets de l’âge : ils “portent” leur âge dans l’aisance comme une marque de statut plutôt que de déclin » : C. SHILLING, *The Body and Social Theory*, op. cit., p. 139-140, à propos de M. Featherstone, « Leisure, symbolic power and the life course », in J. HORNE, D. JARY et A. TOMLINSON (éds), *Sport, Leisure and Social Relations*, RKP, Londres, 1987.

8. Pour une synthèse sur ces questions, voir C. DÉTREZ, *La Construction sociale du corps*, Seuil, Paris, 2002, p. 207 : « La cible privilégiée de cette mauvaise conscience du corps, née du décalage entre l’image libérée imposée et une réalité pas toujours à la hauteur des idéaux, ce sont les membres des classes moyennes [...]. Par ailleurs, on peut remarquer la corrélation entre la morale de l’effort, de la discipline personnelle, de l’application quotidienne nécessaire pour obtenir les formes de ce corps libéré, somme toute très scolaire, et les comportements, marqués par la croyance et la confiance, de ces mêmes milieux vis-à-vis de l’école. De la même façon, à la grâce “naturelle” des membres des milieux plus favorisés [...] correspondrait l’idéologie du don scolaire. »



d'illégitimité à occuper la place. Ainsi, si l'épidémiologie devait démontrer que le recrutement des anorexiques se fait selon l'un de ces deux principes (l'appartenance aux classes moyennes entendue de manière stricte, ou bien l'inscription dans des trajectoires de mobilité ascendantes), le lien serait aisé à effectuer avec ce qui a été montré dans cette recherche.

Il n'en reste pas moins qu'il faut peut-être se garder de toute corrélation trop rapide ou trop directe entre l'anorexie et une position ou trajectoire sociale donnée. De ce point de vue, la méthode utilisée ici (le passage par les conditions sociales de possibilité plutôt que la construction d'un modèle causal, et le caractère global et volontairement imprécis de la catégorie de « classes moyennes et supérieures »), si elle peut pêcher par sa trop grande généralité, protège sans doute de la simplification abusive que recéleraient des thèses plus précises sur cette question. Elle évite en tout cas de recourir, de manière non interrogée, à un schème de la « mobilité sociale pathogène », toujours soupçonnable de faire des trajectoires ascendantes la matrice d'individus nécessairement « en souffrance » qui auraient peut-être mieux fait de rester à leur place. De plus, certaines des variations qui apparaissent dans l'enquête, malgré la faible amplitude numérique des corpus d'entretiens, brouillent déjà la piste de la mobilité sociale ascendante. En effet, même si une part importante des enquêtées s'inscrivent dans des trajectoires d'ascension sur deux générations, un certain nombre d'entre elles proviennent de familles de classes supérieures « installées ». Pour ces dernières, le travail de transformation de soi est à mettre en rapport avec un processus de capitalisation plutôt que d'accumulation. Les affinités qui existent alors entre ce « travail de l'héritage »<sup>9</sup> et le travail d'ascension rendent moins pertinente, du point de vue de l'enquête, une distinction trop stricte entre trajectoires de mobilité et de reproduction.

Ainsi, plus que sur la question de sa production sociale, cette approche sociologique de l'anorexie ouvre sur celle des modalités sociales de la modification de soi. L'une des traditions d'analyse sociologique du corps, celle de l'incorporation, a posé

---

9. F. de Singly parle d'un « travail spécifique de l'héritier, même si ce dernier l'occulte avec ses discours sur le don » ou d'un « travail d'appropriation de l'héritier pour qu'il soit "héritier" », F. de SINGLY, « Le travail de l'héritage », *Revue européenne des sciences sociales*, t. XXXIV, n° 103, 1996, p. 65, p. 66.

les bases d'une théorie de l'intériorisation et de l'hystérésis corporelle. Reste cependant, dans une large mesure, à penser la transformation à l'intérieur de ces cadres. Le texte fondateur de la sociologie de l'incorporation, celui de M. Mauss sur les « techniques du corps », effleure cette question sans la poser frontalement. L'incorporation et la « résistance » du corps au changement suite à cette incorporation sont en effet les enjeux principaux du texte, comme dans l'exemple personnel célèbre donné par Mauss de l'apprentissage de la nage : « Les nageurs se considéraient, de mon temps, comme des espèces de bateaux à vapeur [qui avalent de l'eau et qui la crachent quand ils nagent]. C'était stupide, mais enfin je fais encore ce geste : je ne peux pas me débarrasser de ma technique<sup>10</sup>. » Or, à quelles conditions pourrait-il faire autrement ? Qu'est-ce qui permettrait de transformer cette technique du corps ? Quels types d'exercices individuels, combien de maîtres nageurs, combien de temps ? Quelles méthodes devraient par ailleurs être mises en œuvre pour qu'il adhère à cette entreprise de transformation ? Ces questions peuvent sembler au mieux anecdotiques, au pire irrespectueuses des problèmes autrement plus graves que pose l'objet que l'on a étudié ici. Mais n'a-t-on pas précisément affaire, avec l'anorexie et son traitement, à ce type de questions, qui concernent le pouvoir de la pratique de transformer l'individu, de faire et de défaire ce qu'elle a elle-même produit ? En construisant une approche de l'anorexie comme travail de transformation de soi, on a proposé une grille d'analyse de ce type de processus, en se situant au niveau des pratiques et en cherchant à mettre en lumière l'entrecroisement de trois de leurs principes : la force d'entraînement locale des interactions, celle, interne, des dispositions, et celle, externe, des institutions. On a ainsi pu montrer, à travers un cas extrême, comment la société œuvre dans l'ouvrage de soi.

---

10. M. MAUSS, « Les techniques du corps », in M. MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1993, (1950, 1924), p. 367.

## Table des matières

---

<b>Remerciements</b> .....	6
<b>Introduction</b> .....	7
Comment peut-on faire une sociologie de l'anorexie ? .....	7
Quelle approche sociologique ? .....	10
À quoi peut servir cette sociologie de l'anorexie ? ...	15

### *I / PARTIR D'UN DIAGNOSTIC*

<b>1. Un détour par le XIX<sup>e</sup> siècle : enjeux historiques</b> ..	19
Maladie et diagnostic : les « saintes anorexiques » ..	20
L'inscription du diagnostic dans les taxinomies médicales .....	23
Sous le regard de la médecine et de la famille .....	26
La redistribution des cartes du maigre .....	29
<b>2. Une entrée par l'hôpital :</b>	
<b>enjeux méthodologiques</b> .....	36
Construire les corpus d'entretiens .....	36
<i>Le diagnostic à l'hôpital H</i> .....	37
<i>Le diagnostic à la clinique C</i> .....	40
Travailler les situations d'enquête et d'entretien .....	45
<i>Des quasi-professionnelles du discours sur soi</i> ....	46
<i>Le travail de définition d'une situation             d'entretien différente</i> .....	51

Repérer le modelage des discours .....	54
<i>Les reprises explicites</i> .....	55
<i>Des modelages distincts</i> .....	57
<i>Des modelages pluriels</i> .....	58
Ouvrir une brèche pour la sociologie .....	59
<i>Le poids du social</i> .....	59
<i>Les modalités d'intégration du social</i> .....	64
<i>L'assignation à résidence</i> .....	67

## II / LA CARRIÈRE ANOREXIQUE

<b>3. « Transformer les individus en activités » .....</b>	<b>79</b>
L'anorexie comme activité .....	80
Une « carrière » anorexique .....	84
<i>Trois pistes dialectiques</i> .....	86
<i>Carrière et trajectoire</i> .....	90
Une carrière « déviante » .....	94
« <i>Mise entre parenthèses</i> » et « <i>mise en objet</i> » <i>du pathologique</i> .....	94
<i>Réintroduire des principes de variations</i> .....	95
<i>Une carrière déviante spécifique</i> .....	99
<b>4. « Commencer » : s'engager dans une prise en main .....</b>	<b>104</b>
Le commencement en questions .....	105
<i>Les modalités du récit du commencement</i> .....	105
<i>Le commencement : une question de définition</i> ...	107
<i>Le commencement : un régime ?</i> .....	109
Trois manières de « commencer » .....	111
« <i>Commencer</i> » par un régime .....	112
<i>Ne pas « commencer » tout de suite par un             régime</i> .....	124
<i>Ne pas « commencer » seulement par un régime</i>	126
Se « prendre en main » .....	131
<i>Une rupture mise en pratiques</i> .....	131
<i>Entrées et sorties de la prise en main</i> .....	133
<b>5. « Continuer » (I) : maintenir l'engagement .....</b>	<b>140</b>
Le travail sur les techniques .....	143
<i>La rationalisation des techniques</i> .....	143
<i>Se forger des habitudes</i> .....	150

Des tests techniques .....	152
Le travail de mesure .....	154
<i>La rationalisation de la mesure</i> .....	154
<i>L'usage des techniques de mesure</i> .....	157
Le goût pour les effets .....	160
<i>Le goût pour les sensations physiques</i> .....	160
<i>Le goût pour la maigreur</i> .....	162
Travail sur le temps et travail du temps .....	165
<i>Un régime de vie : le travail sur le temps</i> .....	166
<i>Une incorporation de dispositions : le travail du temps</i> .....	169
<i>Les sorties de carrière</i> .....	171
 <b>6. « Continuer » (II) : maintenir l'engagement malgré les alertes et la surveillance</b> .....	174
Le circuit des agents et des étiquettes .....	177
<i>Les alertes</i> .....	178
<i>Le circuit des professionnels</i> .....	185
La constitution d'un réseau de surveillance .....	192
<i>Les exigences d'arrêt</i> .....	192
<i>La surveillance médicale et profane</i> .....	195
Pouvoir maintenir l'engagement .....	199
<i>Les réactions à la surveillance : de la discrétion au leurre</i> .....	199
<i>Les conséquences de l'étiquetage</i> .....	208
 <b>7. « Être prise en charge » : s'en remettre à l'institution</b> .....	212
La « remise en questions » et en réponses de l'identité .....	214
La constitution hospitalière d'un groupe déviant .....	225
De « lâcher prise » à « se reprendre en main » :	
le travail sur les dispositions .....	231
« Lâcher prise » : arrêter le maintien de l'engagement .....	231
Accepter d'être « prise en charge » :	
la remise de soi .....	235
« Se reprendre en main » : le retournement des catégories .....	238

**III / L'ESPACE SOCIAL  
DE LA CARRIÈRE ANOREXIQUE**

<b>8. L'espace social de la transformation de soi .....</b>	<b>249</b>
Le travail anorexique : des pratiques situées dans	
l'espace social .....	251
<i>Se faire un corps</i> .....	251
<i>Se faire une culture</i> .....	259
<i>Quelques hypothèses sur le corps et la culture</i> ....	269
La tension anorexique : un ethos socialement situé .	276
<i>L'ascétisme</i> .....	276
<i>Un ethos du contrôle sur le destin corporel</i>	
<i>et social</i> .....	278
<i>L'importance et la maîtrise des assignations</i> .....	281
L'élitisme anorexique : vers l'exceptionnalité	
sociale .....	283
Les « gros » et les « grosses » comme repoussoir	
social .....	285
Le corps comme capital distinctif total .....	295
 <b>9. L'espace social hospitalier .....</b>	 <b>298</b>
L'inscription sociale du diagnostic .....	298
La « résistance » : une posture située .....	307
<i>Camille : la résistance en actes et en discours</i> ...	312
<i>Les stratégies de la résistance</i> .....	313
<i>Les conditions sociales de possibilité de la</i>	
<i>résistance</i> .....	327
 <b>Conclusion .....</b>	 <b>339</b>