UNIVERSITÉ PARIS-EST

Pôle de recherche et d'enseignement supérieur

UFR SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET SCIENCES SOCIALES STAPS
ÉCOLE DOCTORALE CULTURES ET SOCIÉTÉS
Année universitaire 2015-2016

Thèse de doctorat d'Université
en sciences humaines et sociales
Spécialité Sociologie

CORPS OBÈSE ET SOCIÉTÉ

Regards croisés entre médecins et patients

Soutenue publiquement le 12 décembre 2015
par Philippe CORNET

Composition du jury :

Madame Jacqueline Trincaz, Professeure de sociologie. LIRTES. UPEC *(Directrice)*

Monsieur Serge Hercberg, Professeur de nutrition. Université Paris 13/Hôpital Avicenne, Directeur de l'Équipe de Recherche en épidémiologie nutritionnelle (EREN) *(Rapporteur)*

Monsieur Philippe Mary, Professeur de sociologie. Centre européen de Sociologie et Science politique *(Examinateur)*

Monsieur Marcel Pariat, Professeur en sciences de l'éducation. LIRTES. UPEC

Monsieur Jean-Paul Thomas, Professeur émérite de philosophie. Sorbonne Paris IV *(Rapporteur)*

Membre du jury invité

Monsieur Arnaud Basdevant, Professeur de nutrition. Université Paris VI. *(Examinateur)*

Résumé

L'obésité est une maladie qui touche près de 15% de la population adulte en France. Elle est susceptible d'entraîner des complications sévères. L'obésité peut être considérée comme un stigmate et les représentations sociales des personnes en obésité sont discriminatoires. Les médecins partagent les représentations sociales communes. Le corps obèse fait rupture avec un idéal du corps confondu à la norme, et est une source de discrédit du corps hors normes. Les sujets en obésité subissent l'affichage de l'idéal du corps comme norme de corpulence mais aussi comme norme esthétique et comme signe de distinction morale. Ils sont pris dans un « dispositif » construit autour d'une injonction paradoxale : « consommez, soyez mince ».

Mots clés : Obésité, représentations sociales, médecins et patients obèses, stigmate et discrimination.

Summary

Obesity is a disease concerning around 15% of the French adult general population. It is usually associated with severe conditions. It can be considered as a stigma and social views of obese persons are discriminatory. Practitioners do share those common views. The obese body breaks with an ideal body confounded with the standard, and is a cause of disgrace for the outstandard body. Patients with obesity endure the display of an ideal body as a norm of corpulence, but also as an esthetical norm and as a sign of moral distinction. They are caught in a "device" built around the paradox "consume, be thin".

Keywords: Obesity, social views, obese practitioners and patients, stigma and discrimination.

REMERCIEMENTS

Ce travail, comme fruit de l'étude, ne trouvera sa juste reconnaissance que s'il est critiqué et discuté. Alors qu'il me soit permis de remercier :

Madame la Professeure **Jacqueline Trincaz**, sans laquelle ce travail serait resté à l'état d'espérance. Qu'elle trouve, par ces mots, l'expression de ma profonde gratitude pour m'avoir accueilli au sein de son Département, m'avoir donné sa confiance, d'avoir su me guider avec la plus grande bienveillance dans les moments de l'incertitude du pas. Sa disponibilité indéfectible n'a jamais été ébranlée par la naïveté de mes interrogations.

Monsieur le Professeur **Arnaud Basdevant**, à qui je dois l'essentiel de mon savoir sur l'obésité. Il m'a fait l'honneur de sa confiance et a suscité les questions les plus pertinentes sur la fonction de soignant au regard des demandes des patients en obésité. Il a, pour cela, mon amitié, ma plus grande estime et mon admiration.

Monsieur le Professeur **Marcel Pariat**, qui a accepté de juger mon travail. Au-delà de ma reconnaissance, j'espère mener à bien l'ambitieuse fonction de formateur qui est la mienne à la lumière de ses travaux de science de l'éducation autour des concepts de formateur-concepteur et formateur-éducateur.

Monsieur le Professeur **Serge Hercberg**, qui m'a apporté la capacité de passer de l'unité aux lois des grands nombres dans ma pratique de soin. Son sens du service public, sa droiture, la qualité de son travail, son amitié sont autant de biens précieux pour mon imaginaire. Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon amitié.

Monsieur le Professeur **Philippe Mary,** qui vient, au gré des occasions, enrichir mon quotidien par sa conversation. J'en ai pris plus que ma part pour enchanter ma pensée. Qu'il trouve ici la mesure du plaisir que j'en ai et le témoignage de ma considération sincère et amicale.

Monsieur le Professeur **Jean-Paul Thomas**, qui, par le hasard d'une rencontre sur les ondes radiophoniques publiques, m'a permis de découvrir l'acuité de son regard et de ses analyses sur le monde de la médecine. J'ai trouvé dans la lecture de son travail plus de matières que de simples rêveries de promeneur solitaire.

Si notre travail aspire à la qualité, c'est en grande partie parce qu'il s'est enrichi et nourri d'altérité.

Qu'il me soit permis de remercier les contributeurs exigeants et attentifs sans qui le travail serait peut-être encore en l'état un discours amphigourique : François Athané, dont les conseils précieux m'ont évité l'errance coupable sur les sentiers ardus de la philosophie, Michaël Ringenbach qui a conduit une lecture sans faille des concepts de la psychanalyse et des dimensions du corps.

À mes amis du Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'Université Pierre et Marie Curie, sans lesquels je ne trouverais pas toujours l'énergie de la réflexion et le plaisir du partage et de la recherche et de l'enseignement. Qu'Anne-Marie, Gladys, Jean, Luc, André, Nicolas, Julie, Gilles et Sarah, et hier Jean-François et Dominique, trouvent par ces mots l'expression de mon attachement sincère.

À Mara, qui partage *notre* vie, dont l'érudition a enrichi, pour ce travail et bien au-delà, mes connaissances sur l'art. La précision et l'exigence de sa pensée, ainsi que son esprit infatigable pour l'étude sont venus nourrir et enchanter ma réflexion. Qu'elle soit remerciée comme le sont les êtres rares. *La delicatezza dello spirito è un regalo prezios. Grazie per tutto.*

À Thomas, Nicolas, Benjamin, Adrien, Emma, Louise, qui sont les cœurs de ma famille.

À Sébastien, qui manque à ce chœur.

À ma tante, que je chéris comme une mère. Qu'elle trouve ici l'expression de mon amour sans faille.

À tous mes patients, gros et minces, pour la part d'humanité qu'ils ont déposée en moi, chacune et chacun à leur tour et à leur façon, pour faire le médecin que je suis devenu.

SOMMAIRE

Page

Avant-propos 7

Introduction 11

Partie I

Corps idéal, corps pléthorique : la double rupture 37

Chapitre 1

Histoire du corps : approche d'un « canon » esthétique à travers la statuaire 38

Chapitre 2

Les concepts en œuvre 79

Chapitre 3

De quatre représentations du corps 112

Partie II

Les représentations sociales du corps obèse à l'œuvre dans la clinique médicale 165

Chapitre 1

L'obésité comme maladie 166

Chapitre 2

L'obésité et les modèles anthropologiques 174

Chapitre 3

Les patients : l'obésité et le médecin 203

Chapitre 4

Le médecin : « l'obèse » et sa maladie 229

Conclusion 287

Bibliographie 296

Annexes 314

Table des matières 324

AVANT-PROPOS

« La proposition est une image de la réalité.
La proposition est une transposition de la réalité telle que nous la pensons. »
Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, 4.01

Dans ce travail de recherche, j'ai voulu aborder la question de l'obésité autrement que par le biais de la pratique clinique qui m'occupe depuis plus de trois décennies. J'espère avoir mieux cerné ce qui habite, plus ou moins secrètement, les patients en obésité, mais aussi les médecins qui les soignent. J'ose croire qu'au terme de cette réflexion, j'aurai matière à soigner différemment ces patients, à transmettre aux étudiants dont j'ai la responsabilité, avec davantage de conviction, mon intérêt pour ces patients, à comprendre avec plus de subtilité une maladie qui nous échappe encore en partie.

L'accompagnement des patients en obésité est une forme d'aboutissement de ma réflexion concernant la fonction du médecin, et plus singulièrement du médecin généraliste. Un changement de paradigme s'opère peu à peu pour ce qui définit les missions de la médecine générale. La question de la santé collective, en plus des préoccupations de santé individuelle, vient au cœur des attentes des soins de premier recours. Le médecin généraliste a mission de prévention. L'augmentation de la prévalence de l'obésité lui confère la responsabilité du dépistage des personnes à risque, le travail d'éducation à la santé et thérapeutique, mais aussi une fonction de relais des programmes de santé publique. Il est le lien vers les filières spécialisées afin de favoriser l'inflexion de cette évolution.

En parallèle, et à l'heure où je me suis intéressé aux patients en obésité, la nutrition commençait à se structurer par la volonté de quelques-uns, en particulier autour de la prise en charge de l'obésité dans une dimension médicale, mais aussi psycho-sociale. Ce double courant m'a permis de trouver les premiers points d'ancrage de ma réflexion autour des responsabilités du médecin vis-à-vis des patients qui souffraient de maladies chroniques. L'obésité a ceci de particulier qu'elle peut menacer la santé, mais les outils dont on disposait étaient, la plupart du temps, peu ou pas spectaculaires quant au résultat pondéral. Les régimes, quelles que soient leurs compositions, exposaient – ils exposent encore – à des rechutes et des rebonds. Le pronostic de perdre du poids, plus encore de maintenir l'acquis, est souvent illusoire[(1)], des yo-yo incessants peuvent conduire certains

1 Guilliford M. (2015). "Probability of an obese person attaining normal body weight: Cohort Study using Electronic Health Record". *American Journal of Public Health*. July 16, 2015. Il s'agit d'un suivi de 2004 à 2014 de près de 300 000 personnes. Le suivi des personnes en obésité montre que leur chance de perdre du poids, avec retour à un poids normal, est de 1 sur 210 pour les hommes et 1 sur 124 pour les femmes. Pour une perte de poids de moins 5 % du poids initial, les chances sont de 1 sur 12 pour les hommes et 1 sur 10 pour les femmes. Mais parmi ces personnes, 53 % ont repris le poids initial dans les deux ans et 78 % dans les cinq ans.

patients à comptabiliser les pertes et les gains de poids par centaines de kilos. J'ai compris que la perte de poids n'est pas l'objectif unique de l'accompagnement de soin des patients en obésité. Bien d'autres espérances sous-tendent leur vie et les attentes qu'ils placent dans leur médecin.

Ce sont précisément ces situations d'échec relatif qui m'intéressent, celles où le médecin ne peut se soutenir, pas plus que son patient d'ailleurs, de l'idée de guérison. Par définition, la maladie chronique substitue à la guérison impossible une dimension d'accompagnement dans le temps. Rester médecin sans tenir un discours de guérison, qui ne peut être tenu, voilà où se situent mes plus grandes satisfactions professionnelles. Arpenter le chemin de la maladie auprès d'un patient, conscient dès le début que l'un et l'autre ne pourront échapper à l'itinéraire plus ou moins tracé de son évolution. Seule la manière de le parcourir ensemble, chacun à sa bonne place, est source singulière d'échanges et de délibérations. Le patient et le médecin sont dans la nécessité d'une confiance réciproque comme condition de réussite du projet de soins.

Indépendamment de la question médicale que soulève l'obésité, de sa dimension archétypique de maladie chronique, comme peut l'être aussi le diabète de type 2, l'intérêt qu'on y porte est souvent le point de résonance de quelqu'un d'autre qui a, avant vous, consacré une grande partie de son temps à tenter de la résoudre. Ce point inaugural, je le dois à Arnaud Basdevant, professeur de médecine, spécialiste de nutrition et plus particulièrement de l'obésité. Si l'on attend d'un médecin qu'il déploie son esprit de géométrie, l'esprit de finesse est un bien plus rare car plus délicat, plus subtil à entretenir. J'ai trouvé dans la parole de ce maître bien souvent le matériau essentiel à ma propre réflexion. C'est ainsi que parfois l'on reçoit à l'insu de l'autre : j'ai, sur ce point, été largement nourri et chanceux.

Pourquoi avoir emprunté le chemin des sciences humaines et sociales alors que ma formation universitaire ne m'y a pas préparé ? La réponse est simple et univoque : le livre. C'est le livre qui m'a permis d'apprendre et d'exercer la médecine, mais qui m'a aussi, implicitement, enjoint de la penser. Penser la médecine est consubstantiel à la fonction de soignant. La lecture crée un espace de rencontre permanent, surprenant, avec d'autres pensées. Décentrer sa réflexion au profit d'une proposition neuve permet d'approcher d'autres versants de la compréhension des choses et des êtres. La philosophie, la psychanalyse, la fiction romanesque, la psychologie sociale, l'anthropologie ou la sociologie sont venues me distraire et rompre les équilibres précaires de ma science médicale. Bénéfice de l'instable qui nécessite de reconsidérer son centre de gravité pour rétablir un autre équilibre. Le livre porte les enseignements et les interrogations, le livre suggère.

Il me restait dans cette dimension de la curiosité à trouver un sujet d'étude et une manière de l'aborder. L'obésité, pour les raisons que j'ai dites, s'imposa naturellement et la sociologie apparut comme le champ disciplinaire capable de répondre à ma question initiale des représentations de l'obésité et des comportements en relation avec elle.

Il m'a fallu bien des chances pour mener ce travail à ce terme, d'abord celle d'être médecin pour m'enrichir de la parole de l'autre ; ensuite la chance que l'université médicale m'ait permis de conduire ma recherche en m'apportant les soutiens humains indispensables au travers mes collègues médecins investigateurs, enfin celle d'avoir été accueilli sans réserve par Mme la Professeure Jacqueline Trincaz au sein de son département de sciences humaines et sociales de l'Université Paris-Est-Créteil (UPEC). Je n'avais à faire valoir que mon expérience de terrain et mon enthousiasme naïf. Je demandais un blanc-seing en contrepartie de cette maigre garantie. Pour autant, j'ai trouvé chez ma directrice de thèse une attention et une sérénité jamais démenties depuis l'initiation de ce travail jusqu'à son achèvement.

Diriger une thèse, c'est une maïeutique complexe qui requiert de dessiner et rappeler sans cesse le cadre et la direction – la tentation est grande de flâner dans les chemins de traverse –, de soutenir sans imposer, de maintenir les exigences sans brider la liberté de l'imaginaire. Voilà, ce furent mes chances. J'espère ne pas les avoir par trop gâchées par les imperfections de mon travail, reflet sincère de mon engagement de médecin et de chercheur pour mieux appréhender les questions qui surgissent autour de l'obésité et des personnes qui en souffrent.

INTRODUCTION

A. Choix de l'objet de recherche

Les sociétés modernes disqualifient certaines maladies par des représentations péjoratives. Il en est ainsi de l'obésité comme de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des maladies mentales, tout comme l'ont été la peste, la syphilis ou l'épilepsie. L'obésité est un problème grave par ses conséquences, tant sanitaires que sociales. Décrite comme un fléau de notre monde contemporain[1], elle envahit progressivement le champ des préoccupations nutritionnelles mondiales en se substituant à mesure, comme par un effet de renversement, aux grandes famines africaines et du sous-continent indien qui ont bouleversé le XX^{e} siècle. Maladie de l'abondance contre celle de la pénurie, mais aussi maladie du gaspillage et du profit qui vient en brouiller l'image sociale. Si l'on plaint l'affamé, quel sort réserver au pléthorique ? Par ces effets paradoxaux autour de l'obésité, est né notre intérêt pour cet objet de recherche. Paradoxe que l'on retrouve par un curieux glissement de sens depuis l'embonpoint, tiré du syntagme « en bon point » (en bonne santé)[2], jusqu'à ce qui relève aujourd'hui du pathologique, si ce n'est du morbide[3]. Sans vouloir tirer le renversement d'image à son comble, un corps étique, l'idéal du corps vient se confondre avec la minceur, parfois même la minceur extrême. La faible corpulence incarne aujourd'hui l'idée de la bonne santé.

Ce premier élément d'approche serait insuffisant pour expliquer la totalité de notre démarche. Y rester aurait consisté en une simple approche médicale, réduite à la réalité organique, et historique de l'obésité.

Si l'on admet que tout individu au sein d'une société s'y trouve comme objet par imprégnation des valeurs du groupe dans lequel il évolue, mais aussi comme sujet par l'exercice de sa critique à l'égard de ces mêmes valeurs, alors le médecin n'a guère de raison d'échapper à cette double posture dans sa condition grégaire et dans sa fonction sociale de soignant. Qu'en est-il du médecin vis-à-vis de l'obésité et des patients en surpoids ? C'est le deuxième élément d'articulation de notre objet de recherche.

La prise de la mesure des représentations sociales des maladies, des fantasmes qu'elles appellent dans l'inconscient collectif, et dans celle du sujet médecin, détermine profon-

---

1 Birraux A., Lauru D. (2014). *Le poids du corps à l'adolescence*. Introduction. Paris, éd. Albin Michel. p. 9.

2 Étym. 1528 : en bon point « en bonne situation, condition ». *Le grand Robert de la langue française. Ed. 2008.*

3 L'obésité des personnes dont l'IMC était ≥ 40 était qualifiée de « morbide » avant d'être rebaptisée « massive ».

dément la nature de la relation thérapeutique. La fonction du médecin ne peut être réduite au fait de soigner les corps, elle est subvertie par le psychisme, d'autant plus qu'il y a de l'altérité dans la relation de soin. De fait, qu'il le veuille ou non, le médecin doit faire avec ses représentations de l'autre souffrant, de la maladie, de la fonction sociale de cette dernière, et de sa propre fonction. Le chemin est long depuis Hippocrate qui a posé les bases d'une éthique médicale, jusqu'au médecin de la modernité. L'intersubjectivité de la relation de soin suppose non seulement ce que nous venons d'évoquer à propos du médecin, mais aussi ce que le patient va y apporter.

Le patient devra faire tout autant avec ses propres représentations du corps souffrant – qui renvoie à l'idée de mort –, de la maladie dont il serait victime ou coupable. Mais il devra faire aussi avec son statut de malade au sein de sa communauté. La relation de soin engage une confrontation entre les représentations sociales de la maladie, celles du patient et celles du médecin. On peut supposer improbable que la relation thérapeutique soit affranchie d'un système complexe et mêlé de ces représentations. Ceci constitue le troisième point d'articulation de l'objet de recherche.

B. Construction du sujet de recherche

La construction du sujet de recherche s'est faite autour de ces trois questions essentielles, concernant l'obésité respectivement comme maladie, comme symptôme social et comme l'opposé d'un corps idéal :

– Comment le système de représentations du corps obèse chez le médecin se situe-t-il par rapport aux représentations sociales dominantes ? Comment se confrontent les systèmes de représentations et les attentes autour du corps gros entre les médecins et les patients en obésité ?

– Comment l'obésité comme symptôme social, source et conséquences d'inégalités, fonde-t-elle une partie des objectifs des politiques publiques de lutte contre elle ?

– Comment le corps idéal s'est-il incarné dans la minceur jusqu'à exclure les corps obèses, paradoxalement de plus en plus nombreux dans nos sociétés.

Pour restreindre le champ d'investigation, nous avons choisi de nous intéresser aux médecins généralistes et à l'espace social des cultures occidentales. Les autres spécialistes sont confrontés à des situations médicales différentes, parfois d'ordre technique, c'est le cas des chirurgiens, des obstétriciens, des réanimateurs, qui modifient la relation entre le patient et le médecin. Quant aux autres cultures, l'approche du corps diffère si largement qu'il aurait été vain et imprudent d'en vouloir saisir la totalité dans le champ

de notre travail. Les quelques excursions en dehors de cet espace culturel ne sont là que pour souligner un trait ou prendre valeur de contre-exemple.

Notre expérience clinique constitue un atout pour la compréhension des contenus et des enjeux des consultations autour de la problématique du poids, mais aussi un handicap pour satisfaire au recul nécessaire de l'approche sociologique. Nous n'avions pas au départ l'assurance de trouver un juste équilibre entre l'expérience partagée avec des confrères et la position difficile de l'observateur dont le système de valeurs interfère. Peut-on s'abstraire de l'idée de l'objet existant préalablement à l'observation, et de ce fait à l'observateur, créant un effet de « perturbations de l'observateur » ? C. Papinot propose « *de remiser ces pseudo-concepts au rang de "mauvais génies des sciences sociales" et de repenser ces "péripéties" inattendues de l'enquête, non comme des anecdotes intempestives, mais comme des sources possibles de compréhension de l'objet* »[1] . Nous avons été amené à considérer cette question comme une aporie. Il convenait d'avoir en permanence à l'esprit cette double position d'être en dehors de l'objet d'étude en y étant inclus par ailleurs. Dans la démarche de l'enquêteur, « *le principe mis en œuvre sous-entend que la proximité sociale dans l'interaction d'enquête crée un cadre nécessairement plus favorable à la production de "bonnes" données d'enquête* »[2]. Fort de cette légitimité, de cette légitimation, le fait d'être médecin nous apparut comme un atout, mais avec la nécessité permanente d'objectivité.

C. L'obésité comme maladie

L'obésité comme maladie est un concept récent. Restreint au champ médical il pourrait ne pas poser de problème mais ce n'est pas le cas. Lorsque l'obésité s'accompagne de risques avérés de morbi-mortalité, les conclusions s'imposent : elle est une maladie, conséquence des pathologies qu'elle génère (diabète, insuffisance cardiaque, syndrome des apnées du sommeil, etc.). Lorsque le sujet est en bonne santé et ne présente qu'une complexion à risque, doit-on le considérer malade du seul fait de sa corpulence ? Ce qui reviendrait à dire que 14 % de la population française l'est du seul fait d'un IMC supérieur à 30. Pour éclairer cette question, F. Nietzsche, discutant un texte de C. Bernard[3], l'appréhende ainsi : « *La valeur de tous les états morbides est qu'ils montrent*

---

1 Papinot C. « Erreurs, biais, perturbations de l'observateur et autres "mauvais génies" des sciences sociales », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Pourquoi parle-t-on de sérendipité aujourd'hui ? Mis en ligne le 19 novembre 2013, consulté le 15 juillet 2015. URL : http://sociologies.revues.org/4534

2 *Ibid.*

3 *Leçons sur la chaleur animale, sur les effets de la chaleur et sur la fièvre.* (1876). Cours de médecine du Collège de France. Librairie J.-B. Baillière et Fils. Paris.

à la loupe certains états qui sont normaux, mais par cela même, sont normalement peu visibles. (…) Santé et maladie ne sont rien d'essentiellement différent comme le croyaient les médecins d'autrefois, et encore quelques praticiens d'aujourd'hui. Il ne faut pas en faire des principes ou des entités distinctes qui se disputent l'organisme vivant et en font leur champ de bataille. Ce sont là vieilles lunes et bavardages qui ne valent plus rien. En réalité, il n'y a entre ces deux modes d'existence que des différences de degré : l'exagération, la disproportion, le manque d'harmonie des phénomènes normaux constituent l'état de maladie »[1].

La variation des morphotypes et des caractéristiques individuelles de l'obésité interrogent sur la classification de l'obésité, même si les différentes instances académiques médicales la reconnaissent comme une maladie. C'est au titre de la diversité des situations que les spécialistes parlent volontiers « des obésités ». Ce pluriel relève de l'approche scientifique la plus juste, mais nous maintiendrons l'usage du singulier dans une acception sociologique.

Autre chose est d'appréhender l'obésité, non seulement comme maladie biologique, mais aussi comme maladie sociale. La sentence diagnostique du médecin est le fondement d'un individu reconnu malade au nom de la science. *« En diagnostiquant une maladie, le médecin ne fait pas que décrypter un état organique. En déclarant un individu malade, il porte un jugement qui dépasse son état corporel et qui, retentissant sur son identité, lui assigne une position dans la société* »[2]. L'assignation comme malade n'a pas que pour conséquence une modification de positionnement entre le bien-portant et l'être souffrant ; pour G. Canguilhem, « *c'est au delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même* »[3]. La maladie dépasse la seule rupture de l'équilibre biologique pour embrasser d'autres dimensions sociales, professionnelles, familiales, personnelles, que C. Herzlich nomme « *états sociaux* ». Enfin, si l'on considère l'obésité comme une maladie, les personnes qui en souffrent auraient le besoin d'être secourus, puisque tel est le postulat de l'équité face à toute maladie. L'assertion, par ses conséquences, suppose une politique de santé qui prenne en compte les besoins spécifiques des malades de l'obésité. Nous percevons immédiatement la dimension éthique de la proposition : comment proposer des soins à des individus qui, pour la plupart, ne se sentent pas malades ? Le soin par la prévention constitue l'une des réponses à cette question complexe.

---

1 Nietzsche F., *Fragments posthumes. T. XIV, Début 1888-début janvier 1889,* textes et variantes établis par G. Colli et M. Montinari, traduits de l'allemand par J.-C. Hémery. Paris, éd. Gallimard (1977), Fragment n° 14 [65]. p. 50 et 51.

2 Adam P., Herzlich C. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Paris, Coll. « Université de poche », éd. A. Colin, N°128, p. 7.

3 Ganguilhem G. (1943). Le *normal et le pathologique.* Paris, coll. « Quadrige » (2009), PUF, p. 133.

Nous pouvons situer l'obésité sur une échelle linéaire de classement de corpulences croissantes, soumise à d'infimes variations entre le normal et le pathologique, qui, par effet de loupe, permet d'en identifier les caractéristiques morbides. Mais aussi, de façon plus brutale, crée un phénomène de fracture de classification sociale. Se distinguent ainsi, une dimension médicale de la maladie et une dimension sociale au travers de ses représentations. L'une et l'autre ne se situant pas sur la même échelle de perception.

D. L'obésité comme maladie sociale

L'obésité interpelle, non seulement comme rapport pathologique à la norme corporelle, à son incidence morbide, mais aussi comme symptôme social. Les rapports qu'entretiennent la médecine et la question sociale suscitent des interrogations permanentes, C'est ainsi que J. Carpentier considère que c'est « *l'ordre social qui rend malade (…). La médecine est un métier politique* »[1]. L'assertion n'est pas spécifique aux inégalités de dispersion de l'obésité dans la population, mais a valeur plus générale : bon nombre de maladies obéissent à cette disparité sociale, l'obésité n'en est qu'un exemple.

L'embonpoint d'hier comme signe d'aisance a donné naissance à l'obésité d'aujourd'hui, fortement corrélée aux niveaux socio-économiques les plus faibles. L'obésité est devenue en un peu plus d'un siècle un marqueur de pauvreté alors qu'elle était un témoin d'opulence. Si la prévalence de l'obésité n'a cessé de croître en France, l'écart initial en 1992 entre les agriculteurs et les ouvriers d'une part et les cadres supérieurs d'autre part, a crû davantage chez les premiers (+ 7 %) que chez les seconds (+ 2 %). Les moins diplômés sont les plus atteints par l'obésité, plus particulièrement les femmes. Les ménages ayant les plus bas revenus sont les plus touchés et les femmes, dans ces ménages, davantage que les hommes[2]. Il y a donc un gradient social de l'obésité. Un niveau économique faible, un niveau d'études bas et le fait d'être une femme sont autant de variables péjoratives quant au risque d'obésité. Elle apparaît comme un symptôme de différenciation sociale et potentiellement de discrimination[3]. Les causes en sont multiples, le rapport symbolique à la nourriture fait dire à A. Birraux : « *Dans ce milieu modeste, la*

---

1 Carpentier J. (1977). *Médecine générale.* Paris, éd. Maspero, p. 77 et 79.

2 De Saint Pol T. (2008). « Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent ». *Bulletin épidémiologique,* AFSSA, p. 175-179.

3 Gortmaker S.-L., Must A., Perrin J.-M. et al. "Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood". *N. Engl J. Med.* 1993 Sep 30;329(14):1036-7. Les jeunes hommes et femmes obèses ont 11 % et 20 % de chance en moins de se marier, leurs salaires annuels à l'embauche sont inférieurs respectivement de 2 876 $ et 6 710 $, et le risque d'être en-dessous du seuil de pauvreté est supérieur de 5 % et 10 % par rapport à la population du même âge et de corpulence normale.

nourriture ne se rationnait pas : la restriction alimentaire a, dans les milieux populaires, un avant-goût de famine »[1].

L'obésité touche 25,6 % dans les foyers ayant moins de 900 € de revenu mensuel alors qu'elle est seulement de 7 % pour un revenu supérieur à 5 300 €. On relève 16,7 % d'obésité chez les agriculteurs et les ouvriers alors qu'il n'y a que 8,7 % chez les cadres et professions libérales supérieures. Enfin le niveau d'études joue un rôle important puisque les individus ayant un niveau d'instruction primaire sont 24,5 % en obésité contre 7,3 % pour les individus ayant des diplômes de l'enseignement supérieur[2]. Ces résultats sont à rapprocher de ceux plus généraux, concernant la notion de santé, de S. MacInctyre[3] qui a montré que le fait d'être marié ou célibataire influence le risque de mobi-mortalité ; les célibataires présentent plus de risque. L'auteur propose de rompre avec la notion d'inégalités sociales de santé au bénéfice de « *modelage de la santé par la position sociale* ». Par ailleurs, C. Herzlich précise qu'à propos de la consommation des soins il n'y a pas nécessairement de grandes disparités quantitatives, mais de profondes différences qualitatives : « *Le recours aux soins des classes populaires est de type curatif : les motifs amenant à consulter sont souvent plus graves et l'hospitalisation plus fréquente. Au contraire, les classes supérieures consultent plus souvent à titre préventif* »[4].

La question des inégalités sociales de santé, plus particulièrement concernant l'obésité, est au centre des réflexions des politiques publiques. Ces aspects fondamentaux seront traités lorsque nous aborderons le dispositif sociopolitique de lutte contre l'augmentation de prévalence de l'obésité, source de polémiques qui participent à la pluralité des messages au risque de la cacophonie.

E. Un corps idéal

La question du corps idéal, jusqu'à le confondre à la norme dans notre société contemporaine, est-elle une construction récente, ou bien, puise-t-elle ses sources aux origines de la civilisation occidentale ? La minceur, le beau corps viennent jouer sans cesse avec la notion de norme pondérale pour créer des effets récurrents de brouillage. Mais existe-t-il une cohérence du modèle du corps depuis l'Antiquité grecque au travers de la notion de « canon » ? Le corps se donne à voir, il est l'ambassadeur principal du paraître.

---

1 Birraux A. (2014). *Op. cit. p.135.*

2 Chiffres extraits de l'étude Obépi 2012.

3 MacIntyre S. (1986). "The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research". *Social Science and médecine*, vol. 23, issue 4, 393-415, p. 395.

4 Adam P., Herzlich C. *Op. cit.* p. 48.

A contrario d'un corps esthétique et désirable, le corps de la personne en obésité constitue un contre-modèle. Cette place assignée suscite, au-delà de la seule apparence, des associations péjoratives avec des défauts moraux ou intellectuels. Le processus d'exclusion est construit sur un double système de représentations : pour ce qui est donné à voir, pour ce que cela suppose de faiblesse psychique. Beauté physique et beauté morale ne serait que les deux faces d'un Janus. Pour étayer notre hypothèse principale d'un partage des représentations communes par les médecins, il convient d'en appeler au processus de construction de discrimination par un effet de double rupture. L'idéal du corps, confondu à la norme, exclut le corps obèse ; ce dernier, de ce fait, se trouve exclu de toute prétention à l'élévation morale.

F. Les représentations

Concevoir, c'est se représenter. S'il n'est pas de représentation sans objet, il n'est pas d'objet sans représentation. Que l'objet soit réel ou conceptuel, il suppose être défini, circonscrit, pris dans un système réel ou symbolique. Une représentation est « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* »[(1)]. Nous développerons l'approche des représentations à partir des concepts généraux avant d'en saisir les contours à propos de l'obésité.

1. Des représentations mentales aux représentations sociales

« *Nous ne connaissons rien que par les sens ou par l'esprit. On appelle sensibles les choses que nous percevons par les sens, et intelligibles celles que nous percevons par l'esprit; ou bien, pour parler comme nos auteurs chrétiens, les unes se nomment charnelles et les autres spirituelles* »[(2)]. Mais pour un individu, les représentations font rupture avec la dichotomie sens/esprit, pour s'intégrer ensemble dans la perception, l'interprétation et l'appropriation de la réalité extérieure. Il n'y a pas de césure entre les univers extérieur et intérieur de l'individu (ou du groupe)[(3)].

---

1 Abric J.-C. (2009). « L'étude expérimentale des représentations sociales ». In *Les représentations sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF, p.206.

2 Saint Augustin. « Du maître. Le Christ est la vérité, il enseigne au-dedans ». *Œuvres complètes de Saint Augustin*, XII ; 39 (trad. Abbé Raulx). http://www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/augustin/maitre/index.htm#_Toc14686861

3 Abric J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations.* Paris, coll. « Quadrige », PUF, p.16.

« *Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure (…). C'est pourquoi nous fabriquons des représentations* »[1]. E. Durkheim assimile la représentation à une collection de formes mentales, d'opinions ou de savoirs. La représentation a une certaine fixité et objectivité, ce qui lui permet d'être partagée et reproduite collectivement : « *Voilà qui lui donne le pouvoir de pénétrer dans chaque individu, comme du dehors, et de s'imposer* »[2].

E. Durkheim, dans un article princeps[3], oppose représentations collectives et représentations individuelles, considérant la stabilité des unes qui permet leur transmission, et la labilité des autres qui les rend éphémères. Il écrit que « *les représentations individuelles ont pour substrat la conscience de chacun et les représentations collectives, la société dans sa totalité. Celles-ci ne sont donc pas le dénominateur commun de celles-là, mais plutôt leur origine* »[4].

Si nous nous intéressons aux différentes formes de la représentation, D. Speber pense que « *toute représentation met en jeu une relation entre au moins trois termes : la représentation elle-même, son contenu, et un utilisateur, trois termes auxquels peut s'ajouter un quatrième : le producteur de la représentation lorsque celui-ci est distinct de l'utilisateur* »[5]. Si la représentation existe à l'intérieur même de l'utilisateur, le producteur et l'utilisateur sont la même personne, nous avons affaire à une « représentation mentale ». Souvenir, hypothèse, intention, idée, pensée, schème en sont autant d'exemples. Lorsque la représentation existe dans l'environnement de l'utilisateur D. Sperber parle de « représentation publique » : « *Une représentation publique est généralement un moyen de communication entre un producteur et un utilisateur distincts l'un de l'autre* »[6]. Par définition, une représentation publique peut avoir plusieurs utilisateurs ; ainsi, un traité de médecine est une représentation publique, librement consultable. Lorsque la représentation mentale est régulièrement communiquée, elle peut constituer une « représentation culturelle ». C'est le cas des idées portées par des personnalités socialement en vue.

Nous avons saisi ce qu'il en est des représentations dans une approche individuelle du rapport au monde. Qu'en est-il de la fonction des représentations dans une approche

---

1 Jodelet D. (2009). Représentations sociales : un domaine en expansion *in Les représentations sociales.* Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF, p. 47.

2 Moscovici S. (2009). « Des représentations collectives aux représentations sociales ». In *Les représentations sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF, p. 82.

3 Durkheim E. (1967), Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, t.VI, 1898, in Sociologie et philosophie, Paris, PUF.

4 Durkheim E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, PUF (1968), p. 621.

5 Sperber D. (2009). « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives ». In *Les représentation sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF, p.133.

6 *Ibid*. p. 133.

sociale ? La représentation sociale est, dans une large mesure, une image représentée qui « *au cours de son évolution, aurait acquis une valeur socialisée (partagée par un grand nombre) et une fonction socialisante (participant à l'élaboration d'une interprétation du réel valide pour un groupe donné à un moment donné de son histoire)* »[1]. La théorie des représentations sociales pose le principe de continuité entre les univers externe et interne d'un individu ou du groupe auquel il appartient : « *C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »[2]. Il s'ensuit que les représentations sociales régissent nos relations aux autres en les organisant et en orientant les conduites et les communications sociales : « *Ce monde, nous le partageons avec les autres, nous nous appuyons sur eux – parfois dans la convergence, parfois dans le conflit –, pour le comprendre, le gérer, ou l'affronter* »[3].

Cette réalité commune à un ensemble social est désignée comme « savoir de sens commun », « savoir naïf » ou « savoir profane »[4] qui se distingue du « savoir scientifique ». Nous verrons comment les croyances de santé, qui appartiennent au savoir naïf, sont à l'œuvre même chez les médecins, alors qu'il leur est supposé l'usage du seul savoir de la science. Les représentations sociales, si elles sont un acte de pensée, ont aussi fonction dans l'action. Elles relèvent d'une *praxis*, et servent à agir sur l'autre et sur le monde.

Les représentations sociales ont une consistance propre, et apparaissent comme des productions de l'action et de la communication. Leur plasticité, par leur évolutivité, leur dynamique, relèveraient d'une *praxis* adaptative, de telle sorte que l'individu y trouve une cohérence personnelle mais tout autant collective. Il s'agit bien de confronter et d'enrichir, par des va-et-vient répétés, un système individuel et commun de représentations. Ces éléments échangés sont « *toujours organisés sous l'espèce d'un savoir disant quelque chose sur l'état de la réalité* »[5].

Comme l'état de la réalité, les représentations sociales évoluent. Elles ne revêtent pas la fixité et l'objectivité supposées par E. Durkheim. Il existe, comme dans tous les systèmes, des moments instables, sujets à évolution. À propos de l'ouverture au monde moderne, V. Jankélévitch fait ainsi référence « *à l'enracinement de la spéculation dans la praxis et la vivification de la praxis par la spéculation nourricière* »[6].

---

1 Mannoni P. (1998). *Les représentations sociales.* Paris, coll. « Que sais-je », PUF (5e éd. 2010). p.18.

2 Jodelet D. *Op. cit.* p. 53.

3 *Ibid. p. 47*

4 La désignation du savoir profane en contraste avec le discours de la science vient compléter l'approche quadripartite discursive lacanienne (sciences, maître, psychanalyste et profane).

5 Durkheim E. *Ibid*. t.1, p. 53.

6 Jankélévitch V. (1975). *Le Nouvel Observateur.* 17 mars 1975.

Cette *praxis* nourrie et enrichie par la question du sens, et réciproquement, trouve sa place dans l'approche des représentations sociales. De plus, en tant que phénomènes cognitifs, les représentations ont des implications affectives, normatives, expérientielles ; elles influent sur les pensées, les pratiques et les conformismes en rapport avec le groupe social d'appartenance. De ce point de vue, les représentations sociales sont à la fois un « *produit et un processus d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée (…). L'on s'intéresse à une modalité de pensée, sous son aspect constituant – les processus – et constitué – les produits ou contenus* »[1].

C'est dire que la question de l'expérience du sujet, comme source constituante de ses représentations, est au cœur de la compréhension des attitudes et des comportements. L'activité du sujet se caractérise par des mouvements incessants de construction, déconstruction, reconstruction, d'interprétation de l'objet de la représentation, et de reformulation à l'endroit de son monde extérieur.

« *La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation* »[2]. Si la représentation est déterminée par le sujet lui-même, elle l'est aussi par le système social et idéologique dans lequel l'individu est inséré, ce qui fait dire à D. Jodelet que les représentations sont « *reliées à des systèmes de pensée plus larges, idéologiques ou culturels, à un état des connaissances scientifiques, comme à la condition sociale et à la sphère de l'expérience privée et affective des individus* »[3]. La représentation sociale se caractérise par deux notions essentielles, quasi canoniques, l'*objectivation* et l'*ancrage*.

L'ancrage est une notion d'origine gestaltiste, qui traduit l'insertion sociale de la représentation et son appropriation par l'individu.

L'objectivation est un processus psychique qui transforme un concept de nature abstraite, en une représentation dont la structure et le sens sont compréhensibles pour un sujet. Il est habituel de considérer trois phases dans cette mutation. La *construction sélective* permet, par un phénomène de décontextualisation, de sélectionner les éléments les plus solides qui permettront la constitution de la représentation. Après ce tri, se constitue par *schématisation structurante* un modèle (une épure), un « noyau figuratif » de la représentation. Enfin, ce noyau étant constitué – noyau « *simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes.* »[4] –, une dernière phase de *naturalisation* permet l'accès quasi physique à la représentation, elle devient en

1 Jodelet D. (2009). *Op. cit. p.54.*

2 Abric J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, coll. « Quadrige », PUF, p. 37.

3 Jodelet D. *Op. cit.* p.52.

4 Rouquette M.-L., Rateau P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Presses Universitaires de Grenoble, p. 32.

quelque sorte palpable pour le sujet. Ce qui est remarquable dans ce processus, c'est le double mouvement d'éloignement, comme pour mieux saisir les éléments les plus forts, de reconnaissance de ces derniers, puis de rapprochement par intégration pour rendre intelligible au sujet sa représentation.

De nombreux travaux ont été produits autour de la structure et le fonctionnement de la représentation. Nous n'en retiendrons que ceux qui nous ont aidé à analyser l'ensemble de notre matériau. La proposition de J.-C. Abric a retenu toute notre attention du fait de son applicabilité à la nature de notre travail et aux formulations de nos hypothèses. C'est pour ces raisons que nous nous sommes appuyé sur la « théorie du noyau central »[(1)].

La représentation présente une structure de type « atomique » avec un noyau central et des éléments en périphérie qui assurent la stabilité du système. Le noyau central, « *de détermination essentiellement sociale, lié aux conditions historiques, sociologiques, et idéologiques (…) est directement associé aux valeurs et aux normes, il définit les principes fondamentaux autour desquels se constituent les représentations* ». Il assure la pérennité et le maintien dans le temps, son évolution est très lente[(2)].

Le système périphérique est déterminé de façon plus individuelle : « *Il permet l'acceptation dans le système de représentation d'une certaine hétérogénéité de contenu et de comportement* »[(3)]. Ce système est fondamental puisqu'il donne la possibilité d'intégrer les dimensions expérientielles et adaptatives pour un individu sans compromettre le noyau central. Il assure « l'ancrage » dans la réalité du sujet. Enfin, nous pouvons isoler un dernier composant de la représentation qui est la « zone muette », constituée d'éléments que l'individu au sein d'un groupe ne peut exprimer facilement. Le plus souvent, il s'agit d'idées en rupture avec le consensus du groupe auquel le sujet appartient. C'est l'indicible au regard de la morale, de l'idéologie dominante ou les valeurs du groupe. Nous avons cherché ici à faire exprimer, par les médecins, ce qui relève du noyau central et des constituants périphériques, mais aussi les éléments les plus forts de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes en obésité (zone muette).

---

1 Abric J.-C. *Op. cit. p. 28.*

2 À titre d'exemple, nous pouvons comparer à quatre décennies d'intervalle, les images du cowboy à cheval, dans les grands espaces, fumant une cigarette de marque américaine, comme symbole de liberté, de conquête et de masculinité, et le même cowboy, vu sur internet, avec un mégot qui pend et la mention : impotent. Entre-temps, les campagnes de prévention contre le tabagisme, les lois de restriction, le discours social autour du tabac ont produit un effet, mais lentement. La figure du citoyen libre s'est transformée en malade.

3 Abric J.-C. *Op cit.* p.37.

2. Représentations sociales et obésité

Il n'est pas possible d'approcher les représentations sociales et l'obésité sans procéder par étapes. Il convient d'aborder en premier lieu les concepts les plus significatifs des représentations de la maladie, puis la fonction du médecin dans la relation de soin.

La relation initiale entre un médecin et un individu est fondée sur un motif qui laisse accroire qu'il existe peut-être une maladie. Elle stipule une hypothèse diagnostique. À charge pour le médecin de la confirmer et, si besoin, d'engager un processus thérapeutique. L'individu qui ressent ou constate un signe inhabituel l'interprète (il en a une représentation) comme pouvant être le prémisse d'une altération de sa santé. C'est cette représentation initiale qui l'amène à consulter le médecin. De ce fait, l'individu devient un patient. Quant au médecin, il intègre le motif à consulter dans son champ sémantique : peut-il mettre un nom sur ce signe et en faire un symptôme ?

C'est dans le cadre de cette relation de soin que nous pourrons aborder la question de l'obésité comme un signe (un symptôme) dans le champ nosologique médical. Les statuts de maladie et de malade de l'obésité contribuent à l'élaboration des discours que nous avons recueillis.

La relation de soin procède d'une rencontre entre un patient, un médecin et un symptôme, ou une maladie, considéré comme objet préalable au dialogue qui s'établit entre le sujet souffrant et le sujet soignant. Il ne peut y avoir de relation de soin sans ce trio : patient, médecin et maladie. Il faut un objet de soin, réel ou ressenti, pour que la relation thérapeutique se constitue ; c'est son essence même. De plus, l'objet de soin doit être reconnu socialement comme « maladie ».

Plusieurs types de représentations sont en jeu : la maladie ou le symptôme, les fonctions du malade et du médecin, les discours organisés autour du motif à consulter, des éléments d'ordre éthique, moraux, des croyances autour des soins, de la guérison, etc.

Pour établir le dialogue, patient et médecin usent d'un langage spécifique à la consultation. Ce langage puise son lexique et sa syntaxe dans le discours « naïf » ou « profane » d'une part, et dans le « discours scientifique » d'autre part. L'ajustement de ces deux niveaux de langue permet de produire du sens commun pour les deux interlocuteurs. Nous avons affaire à une sociolinguistique adaptée et d'adaptation au contexte de la relation thérapeutique. La situation obéit à des règles d'organisation de divers éléments de pensée, de langage, de positions : « *N'importe qui ne fait, ne pense et ne dit pas n'importe quoi, n'importe comment, à n'importe qui, n'importe quand, n'importe où, dans n'importe quelle situation, à n'importe quelle fin, avec n'importe quel effet* »[1].

---

1 Windisch U. (2009). « Représentations sociales, sociologie et sociolinguistique ». In *Les représentations sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF, p. 193.

Précisément, l'objet de notre travail est de chercher à analyser ce que pensent les patients en obésité, ce qu'ils en disent aux médecins dans l'espace particulier du cabinet médical, quand et comment ils en parlent, pour quelles attentes et quels sont les effets que cela produit chez les médecins. À l'inverse, que pensent et disent les médecins, comment reçoivent-ils les contenus qui leur sont adressés, quelles représentations s'en font-ils, et sur quels éléments la relation de soin s'établit-elle ?

Depuis les publications de M. Balint[1], nous connaissons les éléments fondamentaux constitutifs d'une relation thérapeutique. Pour autant, si M. Balint a fait prendre la mesure des investissements inconscients dans la spécificité de la relation, il n'a pas pris en compte le système des représentations, tant du point de vue du patient que du médecin, dont, nous venons de le voir, qu'elles touchent aux valeurs personnelles et sociétales, aux fonctions du médecin, et à celles de la maladie.

C'est à partir des travaux de C. Herzlich sur les représentations de la maladie que nous allons nous intéresser à celles relatives à l'obésité. En 1948, le sociologue américain T. Parsons pose les jalons d'une approche sociologique de la maladie et du rôle social respectif du patient et du médecin[2]. La maladie est socialement définie, être malade prend un sens social, cela ne peut être confondu avec le statut du bien portant : « *La bonne santé s'identifie à la norme ; être en bonne santé et être "normal" d'une part, être malade et être dans un état "anormal" d'autre part, sont des notions quasiment synonymes* »[3]. Le fait que la maladie soit socialement définie est une des hypothèses de C. Herzlich lorsqu'elle affirme que les notions mêmes de santé et de maladie, sont des « *conceptions indépendantes du savoir médical* »[4].

Si nous suivons le raisonnement de T. Parsons, en considérant l'obésité comme une maladie, nous pouvons en déduire les séquences logiques suivantes :

être non-obèse = être en bonne santé = être « normal »
être en obésité = être malade = être « anormal »

Cet enchaînement pose à l'évidence un problème. Lors de nos entretiens, la majorité des personnes en obésité ne se considère pas malade, et encore moins « anormale ». Face à cette difficulté, la classification par rapport à une norme ne rend pas compte de la perception que les individus ont de leur état de santé. Il se crée un hiatus entre la dénomination sociale et le ressenti individuel. La situation inverse peut se rencontrer, un individu

---

1 Balint M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. (trad. française : J.-P. Valabrega), Paris, éd. Payot, 1996.

2 Parsons T. (1948). "Illness and Role of Physician", in C. Kluckhohn et H.-A. Murray. *Personality in Nature, Society and Culture*, New-York, A.-A. Knopf.

3 Herzlich C, Adam P. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, éd. A. Colin, p. 7.

4 *Ibid*. p. 64.

peut se sentir malade sans qu'il soit reconnu comme tel par la société. Nous nous heurtons là au problème délicat de la norme.

E. Durkheim considère la norme comme un type moyen, c'est-à-dire dans une perspective de distribution statistique, notion que nous allons rencontrer chez A. Quetelet lorsqu'il s'agira d'aborder la question de la norme de corpulence. La proposition d'E. Durkheim est réfutée par G. Canguilhem pour lequel la santé se définit « *par la capacité, pour l'homme, de maîtriser son milieu non seulement physique mais aussi social* »[(1)]. La maladie ne peut se réduire à un état biologique déterminé qui obéirait aux seules lois statistiques, mais prend sa dimension dans un espace sociologique défini. Pour cela, les individus en obésité ne se perçoivent pas nécessairement comme malades, même si la médecine classe l'obésité au rang des maladies. Cette classification médicale est recevable du seul point de vue statistique puisque l'obésité est clairement associée à un surcroît de risques pour la santé.

Nous voyons que pour un même objet (l'obésité) la structure de la représentation diverge selon que l'on est médecin ou patient en obésité. De plus, le langage utilisé, par l'un ou l'autre des interlocuteurs, pour exprimer cette représentation se différencie pour saisir l'objet « obésité ». Divergence sur la représentation, divergence sur le champ sémantique : deux raisons pour expliquer la difficulté de la relation de soin par la confrontation de deux imaginaires et de deux manières de les exprimer. Les uns et les autres étant socialement déterminés, ce qui permet d'avancer que « *le langage dans lequel on s'exprime à propos de la santé et de la maladie, dans lequel on interprète les causes, les manifestations et les conséquences n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société. La maladie objective un rapport conflictuel au social* »[(2)].

Nous verrons comment la dichotomie santé/maladie, à propos de l'obésité, se trouve complexifiée par une troisième proposition qui est l'esthétique (l'idéal du corps). Les termes des égalités peuvent se présenter ainsi : être obèse c'est être malade, être malade c'est être « anormal », mais aussi être obèse c'est être « anormal », non pas seulement parce que c'est une maladie, mais aussi parce que c'est inesthétique. Nous développerons largement cet élément structurel de la représentation de l'obésité qui est le point nodal de la discrimination des personnes atteintes.

1 *Ibid*. p. 7.

2 *Ibid*. p. 64.

G. Stigmate et stigmatisation de l'obésité

La relation de soin se situe dans une intersubjectivité patient-médecin et dans un espace socialement défini et structuré. Les représentations de la fonction du médecin, de la posture du malade, de la maladie, tout comme les croyances de santé émergent dans le huis-clos du cabinet médical ou au domicile du patient. D'un tel système, se dégagent des éléments de jugement sur la maladie obésité et sur les patients qui en souffrent. Au cours de notre travail, nous avons tenté de dégager les superpositions et les différences sur ces éléments de jugement en approchant l'obésité comme un stigmate, au sens où l'entend E. Goffman[1].

Si l'obésité est source de stigmatisation, il convient de sérier les possibles divergences ou analogies entre les opinions publiques (« savoir de sens commun ») et celles des médecins (« savoir scientifique »). La question de la discrimination est centrale tant elle influe sur le destin médical des patients. Une affaire judiciaire récente[2] est emblématique de cette influence. Une femme de 51 ans, aide-soignante, souffrant d'une obésité massive (160 kg pour 1,55 m), tue huit de ses nouveau-nés. Encombrée de son corps, elle fuit le regard médical « *depuis son expérience, pour elle traumatisante, d'un premier accouchement pendant lequel elle s'est sentie humiliée par les remarques désobligeantes. (…) Elle allait même jusqu'à réduire les doses de son traitement contre l'épilepsie pour ne pas avoir à consulter un médecin* ». Son avocat insiste sur « *la passivité de cette femme, sa soumission au regard des autres – on connaît ce regard, c'est le nôtre, celui que l'on porte sur des gens comme elle, que l'on traverse sans les voir, comme un objet inanimé – et sa souffrance emmurée* »[3]. Situation extrême, exceptionnelle, mais situation qui éclaire la relation sociale difficile, parfois impossible, des personnes en obésité.

Si le mot stigmate désigne un attribut, E Goffman précise « *qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attribut qu'il convient de parler* »[4]. Dans le cas de l'obésité, l'attribut par sa dépréciation constitue le stigmate, en conséquence, l'individu qui en souffre se trouve discrédité.

Pour E. Goffman, lorsqu'un individu nous apparaît, nous sommes en capacité de prévoir son appartenance à une catégorie sociale, ce qui définit son « identité sociale ». De ce présupposé, nous attendons des attitudes conformes à l'identité sociale attribuée (le stéréotype). Cette caractérisation « en puissance », E. Goffman la désigne comme iden-

---

1 Goffman E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, éd. de Minuit (1975).

2 Affaire Dominique Cottrez. *Le Monde, 13 juillet 2015.*

3 Robert-Diard P. « Il faut accepter de ne pas tout comprendre ». *Le Monde.* 13 juillet 2015, p. 12.

4 Goffman E. (1963). *Op. cit. p. 13*

tité sociale « virtuelle ». Si l'individu possède les caractéristiques attendues, nous avons à faire à son identité sociale « réelle ». La seconde venant s'appliquer sans faille sur la première. Tout attribut, qui entraîne un différentiel entre les identités, virtuelle et réelle, a valeur de stigmate et risque de jeter un discrédit sur le sujet qui le possède. Le stigmatisé présente une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendons. Le sujet obèse se trouve discrédité par sa présentation hors-norme et aussi « discréditable » par les caractéristiques psychiques qu'on lui suppose pour s'être laissé aller à être obèse : manque de volonté, manque de résistance devant les sollicitations nutritionnelles, manque d'estime de soi, manque de fiabilité, ceci par un cheminement cognitif défavorable, car en « *observant une imperfection, nous sommes enclins à en supposer toute une série* »[1]. Le corps obèse serait l'attribut initial d'une mise en abîme, d'autres manques, dont celui relevant des failles psychiques, ne seraient pas des moindres. E. Goffman affirme que « *c'est lorsque l'on passe des personnes discréditées aux personnes discréditables qu'il devient tout à fait évident que le stigmate peut être source de dégoût aussi bien pour les intimes que pour les autres* »[2]. Lorsque la stigmatisation opère, elle est source de discrimination et de dépréciation de soi qui obère la qualité de la relation sociale ; le stigmate agit comme un filtre obligatoire et vient la modifier, sinon la pervertir.

Plusieurs positionnements sont possibles depuis l'acceptation, le renforcement du stigmate, jusqu'à la révolte et l'affrontement. Pour E. Goffman « *l'individu affligé d'un stigmate a tendance à se sentir en "représentation", obligé de surveiller et de contrôler l'impression qu'il produit, avec une intensité et une étendue qui, suppose-t-il, ne s'impose pas aux autres* »[3]. La remarque met en lumière la nécessité dans laquelle se trouve le sujet d'une surveillance constante dans l'espoir de favoriser son acceptation au sein du groupe social des « normaux ». Ceci se traduit par la mise en jeu d'un surcroît d'énergie psychique pour assurer l'autocontrôle, assorti néanmoins d'une certaine insécurité. L'effort consenti pour se faire accepter comme une personne ordinaire constitue un processus de normalisation. Malgré l'effort attentif d'indifférence, il flotte autour de la personne discréditée « *une tension, une incertitude et une ambiguïté* »[4].

Nous avons vu que la situation discriminante n'existe que par le décalage entre l'image sociale virtuelle et la réelle. À ce titre, l'enfant en obésité peut être relativement épargné tant qu'il profite d'un espace familial bienveillant. Le poids de la culture et les projections de l'idéal du corps pour l'enfant sont déterminants pour délimiter l'acceptable au sein de

1 *Ibid.* p. 15.

2 *Ibid*. p. 70.

3 *Ibid*. p. 26.

4 *Ibid*. p. 57.

chaque famille. C'est au moment où cet enfant est confronté à la perception des autres que l'attribut du stigmate est progressivement perçu. Cette perception des autres peut se produire au sein de la famille lorsque l'enfant ne bénéficie plus de la tolérance de ses proches. Ce qui est accepté dans une petite enfance protégée suscitera une réprobation croissante lorsque l'enfant se trouve exposé aux codes des pratiques alimentaires collectives et au modèle de l'apparence.

Pour O. Bardolle, « *la situation intenable des gros est essentiellement liée au regard que porte sur eux l'ensemble de la société. La dictature de l'apparence pèse lourdement, et plus que jamais, sur les relations humaines* »[1].

L'adolescence est le passage le plus propice à l'exacerbation des souffrances de la différence. L'intégration dans le groupe se fait au prix de reconnaissance mutuelle dont l'apparence, les codes vestimentaires et le langage non verbal du corps, sont en première ligne. Le conformisme rallie les individus au sein du groupe. Nous nous interrogerons sur les difficultés rencontrées par les adolescents lorsque leur corps ne correspond pas à la norme sociale.

« *Les situations sociales mixtes tendent à produire des interactions flottantes et angoissées* »[2] . Comment rentrer en relation avec l'autre, dans ce cadre, lorsque l'incertitude plane de trouver sa juste place ? Comment la personne en obésité s'emploie-t-elle à corriger son stigmate ? L'obligation sociale, faite au sujet en obésité de maigrir *via* les régimes itératifs, constitue le tribut à verser pour « *essayer de corriger ce qu'elle estime être le fondement objectif de sa déficience* »[3]. Il s'agit bien là d'une tentative pour gommer le stigmate, dans un premier temps conçu comme une déviance à la norme, en vue d'une acceptation sociale supposée et espérée. Parfois tout se passe comme si la personne stigmatisée intégrait le point de vue des « normaux ». Malgré les adaptations comportementales, l'acceptation du discours et du regard des autres, il n'en reste pas moins qu'« *une transformation de soi-même qui, de quelqu'un affligé d'une certaine tare, devient quelqu'un dont on sait qu'il a corrigé une certaine tare* »[4]. Une personne qui a maigri restera « un gros » qui a maigri. Il persiste une trace psychique du stigmate pour le sujet lui-même.

Cette désignation « d'ancien gros » ne se fait pas tant par les autres que par le sujet qui continue de se désigner par son stigmate, même disparu. Imagine-t-on se désigner comme « ancien jeune » pour ce qui relèverait de notre apparence ? Ceci n'est pas spécifique à l'obésité, nous le retrouvons aussi dans bon nombre d'addictions, par exemple l'ancien

---

1 Bardolle O. (2006). *Éloge de la graisse*. Paris, éd. Jean-Claude Gawsewitch, p. 92.

2 Goffman E. *Op. cit*. p. 30.

3 *Ibid.* p. 19.

4 *Ibid. p. 20.*

alcoolique est un alcoolique qui ne boit plus. Le stigmate désigne encore le sujet pour ce qu'il n'est plus.

Nous percevons chez certains de nos patients, comment, à mesure du temps, se produit une forme de détachement vis-à-vis du regard des autres. Il s'est engagé pour le stigmatisé un processus de socialisation « *durant lequel il apprend et intègre le point de vue des normaux*[1]*, intégrant par là les images de soi que lui propose la société* »[2]. Pour reprendre l'expression d'E. Goffman, peut-on croire que cette indifférence ne s'accompagne pas « *d'une tension, d'une incertitude et d'une ambiguïté* »[3] ? Nous pouvons en douter tant nos patients nous font entendre les difficultés de constituer une identité personnelle, concept que E. Goffman rapporte au sentiment d'unicité de l'individu. Ne pas être profondément ce qu'on paraît est un thème souvent rencontré, le sentiment d'être une autre personne indépendante de son enveloppe et méconnue des autres. Il existe alors un écart entre les identités virtuelles et réelles qui compromet la reconnaissance sociale et favorise le rejet. Dans l'obésité, c'est tout le corps qui est stigmate ; il ne peut se cacher. Il se donne à voir, le plus souvent au plus grand dam de la personne affectée. « Faire avec » peut se transformer en « faire contre », c'est-à-dire en se protégeant par l'agressivité.

La stigmatisation opère un déclassement, une défalcation par effet répressif des normes sociales. Les procédés adaptatifs ont vocation à la requalification sociale pour être perçu comme un individu dans la norme, ou dans le rôle qui lui est assigné.

H. Hypothèses et méthodologie

1. Hypothèses

– Les médecins n'échappent pas aux représentations dominantes de la société lorsqu'il s'agit d'approcher l'obésité et les personnes en obésité : cette assertion constitue notre hypothèse principale. Nous écartons l'idée du traitement égalitaire des patients au nom des valeurs éthiques portées par la communauté médicale. Nous supposons que ce système de valeurs, érigé en morale dans le serment d'Hippocrate, ne résiste pas aux représentations discriminatoires à propos des patients en obésité. La stigmatisation ordinaire se transpose dans les cabinets médicaux aux dépens des patients. S'il existe quelques caractéristiques différentes, la structure centrale de la représentation est identique. Le processus de stigmatisation des personnes qui souffrent d'obésité déborde le cadre éthique de la pratique médicale pour venir se confondre avec les représentations les plus communes.

---

1 E. Goffman appelle ainsi les personnes non affligées du stigmate (p. 15.)

2 *Ibid. p. 46.*

3 *Ibid. p. 57.*

– Les représentations de l'obésité ne peuvent se concevoir en dehors de la construction historique d'un idéal du corps. Ce dernier n'a pas constitué immédiatement un corps idéal qui n'apparaît qu'avec la statuaire grecque d'après la rédaction du premier « canon esthétique » par Polyclète. La sculpture maintient continûment cet idéal jusqu'à l'époque moderne.

– Les médecins sont confrontés à deux systèmes de représentation du corps. D'une part, l'indice de masse corporelle (IMC), comme outil de définition de l'obésité, de la maigreur et de la norme corporelle, ainsi que de classement statistique. Et, d'autre part, le « canon esthétique » qui nourrit les imaginaires à propos de l'idéal du corps. Les deux systèmes ne sont pas en opposition mais imposent un processus de double contrainte aux médecins : vouloir et devoir faire maigrir les « gros » pour satisfaire une mission de prévention, sans pouvoir s'affranchir de l'influence de la représentation commune de l'idéal de minceur.

2 Méthodologie

L'approche méthodologique s'est faite à partir de deux cheminements originellement distincts mais convergents quant à l'objectif de notre de recherche. Ceci afin de répondre aux questions initiales concernant l'obésité comme maladie et comme symptôme d'inégalité sociale, et la stigmatisation par la construction historique du concept d'idéal du corps.

Il s'est agi, dans un premier temps, d'asseoir une connaissance conceptuelle suffisante sur les représentations. À partir de mots clés génériques (représentations collectives, représentations mentales, représentations sociales, corps et représentations, obésité) nous nous sommes appuyé sur des auteurs de référence, comme E. Durkheim, S. Moscovivi, D. Jodelet, C. Herzlich, J. C. Abric, D. Le Breton. En ce qui concerne le travail bibliographique en relation avec des données médicales, historiques, épidémiologiques et des politiques publiques, nous nous sommes référé aux travaux d'A. Basdevant, S. Hercberg au travers du Plan National Nutrition Santé (PNNS), A. Charles. L'analyse des modèles de transition et l'approche sur le « dispositif » ont requis un travail de fond plus important à partir d'ouvrages philosophiques et d'articles scientifiques dont ceux de R. Easterlin pour le premier point et de G. Agamben et M. Foucault pour le second.

En procédant ainsi, en intégrant les références bibliographiques afférentes à notre recherche, nous avons constitué un corpus susceptible d'éclairer les concepts initiaux nécessaires à notre travail. Secondairement, nous avons élargi notre champ de lectures dans les domaines indispensables à notre réflexion, à commencer par l'histoire de la statuaire circonscrite à l'idée du canon et des traités sur les canons du corps humain.

Pour étayer notre hypothèse d'une construction ancienne d'un idéal du corps nous avons recherché, à partir du Néolithique, puis au travers des civilisations de la Méditerranée, jusqu'à nos jours, les sculptures, les documents et les travaux de C. Barbillon, G. Robins, A. Corbin, G. Audran, permettant de saisir le point d'émergence de ce concept, et sa déclinaison au cours du temps. Puis, nous avons adjoint la dimension esthétique dès que nous avons pu étayer cette approche par les compléments de lectures historiques et philosophiques, notamment par les approches qu'en font U. Eco, G. Blanc, A. Ghirardi, ou A. Megret. La déclinaison du premier, le canon, et de la seconde, l'esthétique, ne s'étant pas faite simultanément dans l'histoire de la sculpture.

Pour le versant de notre travail qui s'est intéressé à l'histoire de l'obésité, des normes du corps, de la pesée, nos recherches se sont circonscrites à ces trois axes de lecture. Comme précédemment il s'est constitué des arborescences par effet de ricochet à partir de mots-clés qui ont enrichies notre travail et nos références. Les préoccupations autour du corps dans la relation médecin-malade ont nécessité un travail préalable de délimitation de la place du corps dans le champ de cette relation.

D'une façon transversale, une approche plus générale par la sociologie, la littérature, l'anthropologie, la philosophie et la psychanalyse a permis de saisir les parties en un tout au service de l'analyse et la compréhension du travail en relation avec la recherche sur le terrain. Sur ces points nous nous sommes inspiré, en particulier, des travaux de P. Bourdieu, F. Laplantine, J.-P. Poulain, J. Trincaz, F. Dolto, P. Schilder, ou J.-F. Amadieu.

Pour la seconde partie de notre recherche, la méthodologique relève d'une approche qualitative qui s'appuie, pour l'essentiel, sur des entretiens semi directifs menés auprès de 69 patients en obésité dont 54 femmes et 15 hommes, et de 36 médecins généralistes recrutés sur le territoire français, dont les deux tiers exercent en Île de France. Le panel des médecins est constitué de 11 femmes et 25 hommes. Outre les entretiens, nous avons établi nos données à partir de trois groupes de Photolangage composés de 29 internes en médecine générale à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie de l'Université Paris VI, et 3 médecins. Les groupes des étudiants se composaient de 24 femmes et 5 hommes. Le travail s'est enrichi de 2 vidéos de consultations de médecine générale. L'animation s'est faite par un médecin formé à la technique et des assistants, soit 2 animateurs et 3 assistants (une femme et deux hommes) qui ont participé au Photolangage (voir annexe 1).

Les entretiens ont été menés par quatre enquêtrices, trois étudiantes en médecine dans le cadre de leur thèse et un médecin en exercice. Les étudiantes ont conduit les enquêtes à partir de guides d'entretien préalablement établis par nous-même, leur directeur de thèse. Les guides ont été testés auprès de trois médecins et de trois patients afin d'être remaniés, mais ont peu évolué, ni après le test, ni au cours des entretiens successifs. Le recrutement des médecins et des patients s'est effectué dans le souci de la plus grande diversité

possible sur des critères d'âge, de sexe, d'expérience professionnelle pour les praticiens, de gravité d'obésité pour les patients. Le choix a permis de constituer des échantillons susceptibles de répondre au mieux à la question de recherche.

a) Les guides d'entretien

Quatre guides ont été élaborés : deux à destination des médecins, deux pour les patients. Leur construction s'est faite en deux parties, la première regroupant des éléments d'ordre anthropométrique, la seconde à partir de questions génériques dans l'esprit des entretiens compréhensifs. L'ensemble constitue un appareil complémentaire pour explorer notre question de recherche. Les entretiens ont été conduits dans des lieux confidentiels : domicile des médecins ou des patients, bureau au sein de cabinets médicaux ou cabinet du médecin. Médecins et patients ont signé un accord d'autorisation d'enregistrement sous réserve d'anonymat. Les entretiens, réalisés entre janvier 2013 et avril 2014, ont été enregistrés et intégralement retranscrits. La durée d'enregistrement se situe entre 11 et 70 min. Les enquêtrices, étudiantes en médecine, se sont présentées comme internes en médecine générale faisant un travail de thèse. L'analyse du verbatim s'est faite en respectant la triangulation des données et l'ancrage.

Les guides ont été amendés à mesure du temps pour s'ajuster au mieux aux objectifs que nous nous étions assignés. En revanche, cette approche était impossible pour les échanges entre le médecin investigateur, Mme le Dr V. Bes, et les patients, qui ont été conduits sur le mode de la narration libre. Outre les notes prises, les patients rencontrés dans ce cadre ont été enregistrés. Pour ce groupe, l'analyse de discours n'a pas donné lieu à une triangulation des données. Les textes nous ont été remis en l'état brut de leur transcription par le médecin enquêteur sans analyse préalable, qui a été effectuée par nos soins.

– Les guides d'entretien pour les médecins

Ces guides devaient répondre aux questions de recherche suivantes : quelles sont les représentations des médecins face à l'obésité et aux patients qui en souffrent ? Le second guide explorait plus spécifiquement ce que pensent les médecins des attentes de leurs patients en obésité ?[1]

Secondairement, l'entretien se déroule sur un mode semi-directif. Par ailleurs, une première technique proche de l'association libre a été utilisée : « Si l'obésité était une couleur ? » ; une seconde a fait appel à une technique de classement de huit mots par ordre

1 Les items des deux guides reflètent ce qui avait été élaboré par Mme le Pr J. Trincaz et moi-même, puis amendés par les internes à mesure de la progression des entretiens, par Mme R. Soum pour le premier et Mme M. Dremont pour le deuxième.

décroissant. Ce classement a été demandé aux médecins et à leurs patients afin d'analyser le degré de congruence de leurs réponses.

– Les guides d'entretien pour les patients

Ces guides[1] se composent d'une série de questions fermées (âge, sexe, poids, taille, activité professionnelle, chômage ou retraite), puis un entretien semi directif. L'objectif prioritaire était d'explorer le vécu et les représentations de l'obésité chez les patients ainsi que leurs attentes à l'égard de leur médecin.

Dans un premier temps, les entretiens ont été lus de façon indépendante par les internes et leur directeur de thèse en distinguant les thèmes, les sous-thèmes et les unités minimales de sens. Secondairement, une confrontation d'analyse des verbatim a permis d'identifier les éléments les plus forts de construction des représentations, tant chez les patients que chez les praticiens.

b) Le Photolangage

Trois groupes d'étudiants de troisième cycle de médecine générale à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Université Paris VI, après accord d'enregistrement, ont participé à des séances de Photolangage afin d'approcher leurs représentations de l'obésité et des patients en obésité. Le recrutement des étudiants s'est effectué à partir de groupes déjà constitués dans le cadre du tutorat. Il n'y a pas eu de choix individualisé mais les groupes sont concordants avec le ration femme/homme dans le troisième cycle des études médicales.

Nous devons à des pédagogues lyonnais, C. Bélisle et A. Baptiste, la conception, en 1978, du Photolangage. Cette technique permet, au sein d'un groupe, l'expression personnelle par la médiation de photographies afin de répondre collectivement à une problématique déterminée.

Le groupe de participants est confronté à une série de photographies. Il leur est demandé de bien vouloir sélectionner une ou plusieurs photos qui illustreraient leur ressenti en réaction à une phrase proposée par l'animateur. Pour ces trois séances, la phrase était : « Une personne en obésité vous dit : "Docteur je ne supporte plus ce poids, ce n'est pas la gourmandise, je n'ai pas eu de chance" ». Une fois la phrase d'accroche proposée, les participants visionnent à nouveau le jeu de photos. Ils sont invités à en choisir deux, sans les prendre, qui doivent illustrer soit leur ressenti vis-à-vis de la phrase, soit ce qu'ils imaginent que cette personne ressent. Ce choix fait, ils vont s'asseoir puis sont conviés à tour

1 Ils ont été conçus par les internes, Mme C. Basken, Mme M. Dremont, et moi-même, leur directeur de thèse.

de rôle à présenter les deux photos qu'ils ont choisies, et à commenter ces photos. L'animateur joue un rôle essentiel pour favoriser l'expression personnelle des participants. Les animateurs principaux n'ont pas participé au choix.

Après avoir entendu individuellement chaque participant discuter son choix de photos, l'animateur engage un débat avec l'ensemble du groupe.

La durée des trois sessions a été de deux heures ; la transcription a été réalisée par une professionnelle qui a mis en évidence les contenus de discours mais aussi un maximum d'éléments relatifs aux hésitations, répétitions, intonation, suspension, rires. La qualité des transcriptions a largement contribué à faciliter l'analyse thématique et de sens des échanges avec et entre les étudiants.

c) Les vidéos

Les deux vidéos de consultations appartiennent à un film de 28 min après montage. Le film a été tourné avec deux patients en obésité et moi-même en qualité de médecin traitant. La durée initiale était de 90 min et le montage s'est fait à partir d'une grille thématique afin de sélectionner les temps les plus explicites des consultations.

I. Choix sémantique et étymologie

Il convient de préciser comment s'est opéré le choix des mots pour qualifier les personnes confrontées à l'obésité. S'il est simple d'utiliser le mot « obésité » pour qualifier un indice de corpulence supérieur à 30, qualifier la personne qui a cette corpulence est plus délicat. Le qualificatif d'obèse revient à considérer que cette personne se réduit à son morphotype, voire à sa maladie si l'on considère l'obésité comme telle. Ce raccourci est-il convenable ? Est-il respectueux ? Peut-on ainsi n'appréhender l'autre que par une de ses caractéristiques ? Pourquoi le faire pour les pathologies chroniques, par exemple le « diabétique », « l'hypertendu », « l'insuffisant cardiaque », alors que les pathologies aiguës ne s'y prêtent pas : que dire devant une otite, une méningite, une pneumonie ? C'est pourquoi nous avons décidé d'utiliser les termes suivants : nous parlerons d'une personne en obésité ou qui souffre d'obésité lorsqu'il ne s'agit pas d'une relation de soin, d'un patient en obésité si c'est le cas. Nous avons choisi de parler de sujet, plutôt que d'individu ou de personne, lorsque nous abordons la dimension inconsciente et psychoaffective. Parfois, nous utiliserons le mot de « gros » s'il s'agit de faire référence à la littérature ou au langage « naïf », et cela pour l'y avoir trouvé lors de mes lectures. Rarement le mot « obèse » apparaîtra ; si c'est le cas, il s'agira toujours de ne pas allonger une phrase ou se prémunir d'une répétition, mais jamais de l'amalgame dénoncé plus haut.

Le mot obèse est utilisé tardivement en qualité d'adjectif ou de nom (1825 chez Brillat-Savarin) (a). Les Grecs, quant à eux, parlaient de polysarcie ou de pachysarcie pour décrire l'embonpoint. Le latin fait usage du terme *obesus*. Selon le dictionnaire étymologique de la langue italienne (b), *obesus* est constitué du préfixe *ob* (qui renforce, notion d'intensité, mais aussi désigne l'objet) et de *esus* (participe passé de *edere* : manger, ronger, consommer (voir *edace* [vorace])

Si l'on croit A. Gellio (125-180 après J.-C.), écrivain et juriste romain, élève de Marco Cornelio Frontone représentant de l'archaïsme latin de l'époque qui se préoccupait surtout de la pureté de la forme et de l'élocution, l'*obesus* n'est pas le gros mais le contraire, celui qui était grandement rongé puis est devenu celui qui ronge grandement. Par antiphrase, l'*obesus* a été assimilé à *pingue (*graisse*)* ou *grasso* (gras).

(a) *Dictionnaire historique de la langue française* (dir. A Rey), éd. Le Robert, 1998, p. 2414.
(b) *Dizionario etimologico de la lingua italiana* di Otorino Pianigiani (éd. 2006)

J. Plan

Pour saisir les éléments constitutifs des représentations qu'ont les médecins sur l'obésité et les patients en obésité, il convient de les approcher séparément avant de les réunir pour en comprendre l'ensemble. Nos hypothèses se fondent sur trois concepts de nature *a priori* différente, mais congruents pour l'intelligibilité de la discussion des résultats des enquêtes.

Dans une première partie nous discutons l'émergence historique de la notion de corps idéal. La stigmatisation du corps hors-norme de l'individu en obésité ne se conçoit que par confrontation à un standard qui constitue la norme. L'idéal du corps est un concept qui trouve son origine dès l'Antiquité et qui impose son « canon esthétique » jusqu'à nos jours. La sculpture témoigne de cette continuité. Les quelques ruptures avec le « canon », par le contre-modèle du corps hors norme, nous permettent de situer la place du corps obèse dans le champ de l'imaginaire et des représentations sociales.

Nous consacrons une deuxième partie à l'approche de la définition de l'obésité à partir des notions de pléthore, de corpulence, d'embonpoint. L'usage des instruments de mesure adaptés à l'homme, la toise et la balance, a favorisé les travaux des scientifiques jusqu'à construire une échelle de corpulence qui a permis de définir l'obésité et de classer les individus en fonction de cette échelle. L'IMC, née de préoccupations assurantielles, est devenu l'outil médical de mesure statistique des populations mais aussi individuel.

Notre troisième partie se consacre à cerner les différentes dimensions du corps du patient dans la relation de soin. Il n'est pas de médecine sans corps qu'il soit présent ou virtuel. Il est aisé de concevoir le rapport objectal au corps lors d'une consultation. Mais si le patient *a* un corps, accessible à l'examen du médecin, il *est* aussi un corps dont les dimensions ne peuvent se saisir par le seul examen clinique. Le patient s'inscrit dans une histoire personnelle, familiale, sociale, il a une certaine représentation de sa maladie et de son être. Nous dégageons quatre perspectives pour appréhender le corps dans la relation médecin-malade, le corps-objet, le corps imaginaire, le corps symbolique et le corps utopique. Afin d'en cerner au mieux les contours nous nous sommes appuyé sur l'histoire de la médecine à propos de la dissection, l'art afin d'explorer le rapport entre les médecins et les artistes quant à la question du corps-objet, sur la psychanalyse et la philosophie pour élargir le champ de notre réflexion. Ces quatre dimensions du corps constituent l'ossature la plus forte pour comprendre les enjeux de la relation de soin. La prise en compte de ces corps va nous permettre de mieux comprendre ce qui est en jeu dans la relation des médecins avec les patients en obésité.

La dernière partie de ce travail expose les résultats des enquêtes menées auprès de patients en obésité, de médecins et d'internes en médecine générale. Les concepts exposés dans les précédentes parties, l'idéal du corps, les dimensions du corps et la construction sociale de la maladie obésité, constituent le socle de compréhension des discours de chacune et chacun des personnes interrogées. Nous explorons tour à tour le regard des patients sur leur obésité, celui des médecins et des étudiants sur l'obésité de leurs patients. Nous tentons de comprendre comment les modèles anthropologiques de la maladie rendent possible la compréhension des représentations et en particulier à l'obésité. Les statuts de victime ou de coupable sont discutés à la lumière de ces modèles, avec la notion de responsabilité. Afin de saisir les motifs possibles de souffrance des personnes en obésité, nous approcherons les questions de la séduction et du désir, de la stigmatisation et du dégoût, comme autant d'expériences possibles dans le cadre de la relation médicale.

La conclusion reprend l'ensemble des axes les plus marquants de notre travail afin d'en dégager les points forts et quelques perspectives.

Partie I

CORPS IDÉAL, CORPS PLÉTHORIQUE : LA DOUBLE RUPTURE

Chapitre 1
Histoire du corps : approche d'un « canon » esthétique à travers la statuaire

La minceur à laquelle on se réfère aujourd'hui doit-elle se penser seulement comme l'anti-obésité, ou bien peut-on imaginer que minceur et obésité se distinguent quant à l'approche que nous pouvons en faire ? L'histoire du corps à travers la statuaire permet de saisir comment la minceur s'est imposée comme norme et canon esthétique.

Nous avons choisi d'aborder les représentations du corps au travers de la statuaire plutôt que la peinture. Ce choix s'explique par la contrainte de saisir le corps humain dans les trois dimensions de l'espace. Si la peinture suggère ces trois dimensions, la sculpture s'y soumet, approchant ainsi le réel du corps. L'émergence au cours du temps d'une dimension esthétique du corps fait le lit de l'« idéal de minceur » contemporain. Ce concept s'est construit à mesure du temps et ne surgit pas *ex nihilo* d'une conception moderne et esthétique du corps.

La question de l'historicité d'un idéal de minceur étant posée, il convient de repérer l'instant de son émergence, ses critères et sa traduction dans la sculpture. À l'inverse, une statuaire a échappé à la norme, voire a trouvé son inspiration dans la laideur ou les monstruosités du corps humain. Le corps obèse, lorsqu'il est représenté, est-il empreint d'une intention esthétique ou, plus simplement, traduit-il une réalité corporelle de l'époque dans sa variété morphologique interhumaine ? Pour comprendre la construction contemporaine du concept « d'idéal de minceur » et de beauté corporelle, nous n'envisageons la statuaire qu'au travers des influences historiques du monde occidental qui en sont ses fondements, même si aborder d'autres cultures aurait certainement ouvert de multiples pistes de réflexion.

A. Construction du concept de « canon » esthétique

Dès l'abord, il convient de préciser les usages que nous ferons des mots « canon » et « canon esthétique », « norme » et « idéal ». Leur polysémie est source de difficultés lorsqu'il s'agit de les utiliser sans se créer l'obligation de préciser le cadre et le sens qu'on leur donne au moment de leur usage.

Nous entendons par « canon » ce qui guide la construction d'une œuvre statuaire dans ses rapports de proportionnalité entre les parties du corps. Cette acception n'est pas né-

cessairement superposable à la notion de beauté. Elle ne considère que le respect des proportions jugées idéales à représenter le corps humain à un ou des moments de l'histoire, proportions le plus souvent exposées et débattues dans des traités qui les précisent. La succession de ces traités montre combien il y a eu débat quant à ce qui devait être l'idéal des rapports arithmétiques des mensurations corporelles dans la statuaire.

Le canon esthétique rassemble l'ensemble des proportions les plus justes pour représenter le réel du corps humain et la notion de beauté. Le canon esthétique a pour finalité l'expression de la beauté à travers l'œuvre.

Nous utiliserons le concept de norme en rapport avec ce qui est l'état du plus grand nombre. La norme suppose une distribution bornée que donne aujourd'hui l'indice de masse corporelle (IMC). Le terme norme sera employé en relation avec l'obésité, qui par définition se trouve hors-norme. De nos jours, l'idéal vient réduire la norme à la frange la plus marginale de celle-ci, à savoir la minceur, celle qui s'assortit de certaines proportions qui lui confèrent le statut de « canon esthétique », élaboration psychique que l'on retrouve dans l'expression populaire « c'est un canon ».

C'est au travers des représentations statuaires[1] du corps que l'on comprend comment, à mesure du temps, s'est opéré en Occident, vis-à-vis de l'obésité, un glissement, depuis la figuration obèse, ou stéatopyge préhistorique, jusqu'à la naissance d'un canon, puis d'un canon esthétique. Ce dernier s'affirme par des proportions nées avec la statuaire grecque qui fixent une plastique corporelle idéale. Le canon a valeur d'outil pour les artistes. Il s'agit précisément de considérer le canon comme l'« *idée de l'homme universel (homme microcosme, image de l'univers)* »[2]. L'évolution des canons au cours de l'histoire a intégré progressivement la notion de beau, qui devient implicite au respect d'une norme. Le beau serait la norme en ce qu'elle toucherait à l'idéal, qui peut parfois revêtir un caractère exceptionnel, voire hors-norme : le magnifique, le sublime, l'extraordinaire. La complexité est d'autant plus grande que l'on doit aussi considérer les idéaux comme une norme, en ce sens qu'ils supposent d'être définis dans un temps, dans un cadre sémantique et avec une effectivité sociale.

L'obésité, ne pouvant prétendre à la norme corporelle, se trouverait de fait exclue de toute possibilité du beau. C. Barbillon nous interpelle sur la question des proportions qui *« participe directement d'une réflexion sur la création artistique et ses fondements idéologiques »* [3]. L'émergence de l'idée de canon, jusqu'à en fixer des critères de beauté, rejette *a contrario* les sujets qui n'en bénéficient pas. Plus le corps s'en éloigne, plus le

---

1 Il existe une différence entre la sculpture et la peinture dans les représentations du corps, cette dernière s'aventurant vers des représentations du corps plus libres.

2 Barbillon C. (2004). *Les canons du corps humain au XIX^e siècle*. Paris, éd. O Jacob, p. 10.

3 *Ibid*. p. 10.

risque de stigmatisation croît. On a là un des éléments de construction des représentations sociales péjoratives vis-à-vis des personnes obèses.

Si l'art moderne, puis contemporain, se sont affranchis de ce canon le plus souvent par rupture avec les académismes, le relais a été pris par l'affichage publicitaire qui donne à voir à l'envi des corps-modèles, fût-ce au prix de retouches qui confèrent à ces corps une certaine immatérialité. Le corps fantasmé se substitue au corps réel marqué par ses imperfections. Le corps gros, si éloigné de ce canon, se trouve ravalé au niveau le plus trivial par son excès de chair : un hors-norme fait du trop. La disqualification du corps obèse génère une double stigmatisation, l'une touchant au physique, l'autre ayant trait à l'absence de vertus morales prêtée aux obèses. L'amalgame entre le trop du corps et le peu de l'esprit est un constituant fréquent du stéréotype de l'obèse[1].

Il s'est produit également, nous l'avons vu, une récupération progressive de l'obésité dans le giron de la médecine par un processus de construction sociale de la maladie. Dans toute société, ce qui est jugé différent interpelle le commun. De quoi est faite cette différence ? L'irrationalité est souvent au rendez-vous pour y répondre : les dieux, les esprits, les sorts, la malédiction… La tolérance sociale de la déviance est variable. Si le processus n'est pas nouveau – le guérisseur n'est pas un personnage central récent –, il subit une accélération dans nos sociétés modernes. Toute situation qui déroge à la règle sociale interpelle la médecine sur la possibilité d'une pathologie sous-jacente[2]. Dans la mouvance de la marchandisation des corps, la médecine prend sa part[3]. Santé et beauté deviennent étroitement liées.

B. Statuettes de la Préhistoire. La statue stéatopyge et les autres

Une multitude de statues du néolithique, d'origines diverses, témoigne de la place de la femme nue aux formes opulentes[4]. Il existe une omnipotence de ces statuettes qui permet à certains anthropologues d'avancer l'hypothèse d'une civilisation où les femmes

---

1 L'emploi du mot obèse est à dessein puisque précisément il s'agit d'un stéréotype ; le sujet est confondu avec son apparence.

2 Pour s'en persuader, il suffit de consulter le répertoire des pathologies psychiques (DSM5) dont la dernière édition est une litanie de descriptions de comportements jugés inadéquates par rapport à la norme et une kyrielle de médicaments pour y faire face.

3 Sur ce point : Lafontaine C. (2014). *Le Corps-Marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bio-économie*. Paris, éd. Le Seuil.

4 Testart A. (2010). *La déesse et le grain. Trois essais sur les religions néolithiques*. Arles, éd. Errance, Actes Sud. Le nombre de telles statuettes est impressionnant : 30 000 rien que dans les Balkans et des statuettes analogues au Proche-Orient, en Anatolie, en Égypte et en Europe orientale.

auraient inventé l'agriculture et, ce faisant, auraient donné naissance à une nouvelle société, plus douce que celles des chasseurs. Société aimable que dirigent les femmes, avec corrélativement un panthéon surplombé par la figure d'une grande Déesse-Mère, symbole tout à la fois de la primauté donnée à l'agriculture et de la prépondérance des femmes.

À la suite de J.-J. Bachofen, le culte de la Déesse-Mère, comme fondation des premières religions, a ses partisans[1] mais aussi ses détracteurs comme A. Testart : *« Qu'est-ce qui nous fait croire que les religions néolithiques auraient été vouées au culte des Déesses-Mères ? Uniquement les statuettes de femmes dénudées, et rien d'autre. C'est le seul et unique argument en faveur de la "Grande Déesse". (...) Leur prolifération est-elle l'indice d'une situation privilégiée des femmes ? J'ai grand peur qu'il faille répondre par la négative, pour une raison très simple. C'est en effet que partout, dans toutes les sociétés connues, ce sont les hommes qui manipulent les images de femmes, tout particulièrement de femmes dénudées, et ceci n'est pas le signe d'une quelconque prépondérance féminine, mais seulement une des traductions les plus ordinaires de la domination masculine. »* [2]

Au-delà de cette divergence, il faut noter un regard « commun » du sculpteur sur le corps féminin, quelle que soit son origine géographique, regard qui a connu une évolution spectaculaire au fil du temps. Ce type de représentation de femme au corps épanoui perdure au paléolithique. La générosité des formes féminines se retrouve aussi bien dans le bassin de la Méditerranée, l'Europe Orientale, l'Anatolie et jusqu'au Moyen-Orient, la Vénus de Willendorf[3] en étant un archétype particulièrement illustratif.

La Vénus de Willendorf

1 Bachofen, J.-J. (1861). *Le droit maternel, recherche sur la gynécocratie de l'Antiquité dans sa nature religieuse et juridique*, trad. Étienne Barilier, éd. L'Age d'Homme,1996. Et Gimbutas, M. (1974). *The gods goddesses of Old Europa, 7000-3000 BC: Myths, legends & cult images*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

2 Testart A. *Op. cit.* chap. 1, p. 2.

3 Découverte en 1908 sur le site d'une ancienne briqueterie à Willendorf, région de la Wachau (Basse-Autriche).

Mais il n'existe pas que la seule représentation callipyge ou obèse des Vénus dans le paléolithique, loin s'en faut. On retrouve des statuettes dont les formes plus élancées s'opposent à l'opulence des figures précédentes. Si la finesse et la beauté du visage de la Dame de Brassempouy[1] (Dame à la capuche) ne préjuge pas de l'aspect de son corps dont on est ignorant ; on trouve en revanche, dans la Vénus impudique[2], une minceur tout en contraste avec celle de Willendorf. Le corps, nubile, est élancé, les hanches sont étroites, les jambes longues ainsi que le tronc.

La Dame de Brassempouy

La Vénus impudique

Les figurines du site de Çatal Höyük en Turquie orientale[3] sont remarquables du point de vue anthropométrique puisqu'un grand nombre d'entre elles sont des personnages dont les caractéristiques morphologiques sont typiquement obèses, non seulement gynoïdes ou callipyges, ce qui est assez constant pour la statuaire de la fécondité ou de la maternité, mais aussi avec des estomacs et des abdomens proéminents. L'obésité androïde (abdominale) se trouve ainsi représentée par des figurines sculptées entre 6500 et 5700 av. J.-C.

---

1 Ce minuscule fragment d'ivoire sculpté (36,5 mm) a acquis grâce à la photographie un statut d'œuvre d'art majeur. Il représente, dans un style réaliste, une tête de jeune femme, soigneusement coiffée, presque un portrait si la bouche n'avait pas été omise. Cette omission, compte tenu de la virtuosité du sculpteur, n'est pas un oubli. Il donne à cette œuvre un caractère troublant, énigmatique ou mystérieux qui n'est pas étranger à l'attrait qu'elle exerce. Musée des antiquités nationales de Saint-Germain en Laye.

2 14 000 ans av. J.C. Première statuette humaine découverte en France par le marquis Paul de Vibraye en 1864 sur le site de La Laugerie-Basse (Landes). Les formes de la Vénus impudique s'opposent aux critères de Leroi-Gourhan : ici, les hanches sont peu marquées, la poitrine très peu développée. Filiforme, elle représente certainement une adolescente ou une jeune fille. C'est la netteté de son sexe qui lui a donné son nom de Vénus « impudique ».

3 Haslam D., Rigby N. "A long look at obesity". *The Lancet*, vol. 376, issue 9735, p. 85-86, 10 july 2010. Nakamura C., Meskell L. (2009). "Articulate bodies: forms and figures at Çatalhöyük". *J Archaeol Method Theory* 2009; 16: 205-230.

La Dame aux fauves

La sculpture préhistorique reste chargée d'énigmes. Nous ignorons si les différentes sculptures ont vocation à une représentation du réel, une réinterprétation symbolique ou religieuse. Dans cette recherche entre obésité et minceur dans leur représentation, les fouilles ont permis d'exhumer des œuvres dominées par la corpulence, mais la diversité existe, quelle que soit la fonction supposée de la statuaire. Existait-il des sculptures ayant une vocation uniquement plastique, saisies comme seul objet d'art ? Ou le fait d'être gros était-il synonyme de vie dans une époque où la nourriture représentait la survie ?

C. Les Étrusques : dieux filiformes et hommes obèses

La sculpture étrusque offre un contraste saisissant entre des dieux filiformes aux allures giacomettiennes[1], telle *l'Ombra della Sera* (3700 av. J.-C.) comparée à *la Femme de Venise*, alors que les humains, en particulier sur les sarcophages, sont corpulents, voire obèses (sarcophage dit *dell'obeso*). D. Gourevitch[2] s'interroge à propos des Étrusques en se référant à Catulle : « *Obesus n'est-il pas devenu une espèce d'épithète de nature pour qualifier les Étrusques ?* »[3]. Il y aurait ainsi un réel du corps tout en rondeurs et une

1 Le panthéon étrusque n'est pas entièrement constitué de dieux élancés, mais ceux-ci sont saisissants par le contraste qu'ils suggèrent avec les représentations des guerriers, des lettrés ou des familles dans la statuaire ou la peinture.

2 Gourevitch. D. (1985) « L'obésité et son traitement dans le monde romain ». *Hist. Phil. Life Sci.* 7 ; 195-215.

3 Catulle. *Carmina.* XXXIX. 10 ; Contre Egnatius. « *Je dois donc t'avertir, mon bon Egnatius, que quand bien même tu serais de la Ville, ou Sabin, ou Tiburtin, ou un Ombrien économe, ou un Étrusque obèse, ou un Lavinien brun et bien édenté, ou, pour dire aussi un mot de nos compatriotes, Transpadan, ou enfin d'un pays, quel qu'il soit, où on se lave les dents proprement.* »

césure dans la représentation d'un panthéon déiste toute dans l'élévation de la silhouette. Les biens de la terre, en particulier la nourriture, accompagnent le défunt dans sa sépulture. Les corps gras semblent profiter des libations terrestres.

L'Ombra della Sera

Giacometti, *Femme de Venise*

Sarcophage *dell'Obeso*

D. L'Égypte ancienne. Les rondeurs du dieu Nepri. La mise au carreau

L'Égypte ancienne nous a laissé quelques vestiges relatifs à des personnages obèses. Au temple de Sahourê [(1)], en Basse Égypte, on peut voir une représentation du dieu Nepri (Nepy, Neper), dieu du grain. Le personnage est obèse, sa peau est couverte de grains, et il est le garant de la qualité des récoltes, tout comme son doublet féminin, la déesse Nepyt qui a la même générosité de forme que Nepri.

1 Sahourê est le second souverain de la V^e^ dynastie ; il est le premier à choisir le site d'Aboussir pour construire sa pyramide. Il succède à Ouserkaf et précède Néferirkarê Kakaï. Il règne de -2458 à -2446.

Nepri, bas relief du temple de Sahourê

Plus surprenante est la momie de la reine-pharaon Hatchepsout, femme de Thoutmosis II (XVIII[e] dynastie), retrouvée dans une tombe de la Vallée des rois. Elle fut identifiée comme reine. Des chercheurs ont établi qu'elle était obèse et diabétique. Les conclusions scientifiques sur le morphotype pathologique de la reine contrastent avec les représentations statutaires sveltes dont on dispose.

La dissociation entre les représentations officielles des personnages de pouvoir et la réalité de leur corps n'est pas l'apanage des dynasties égyptiennes. Elle se retrouve de façon récurrente au cours du temps. La représentation picturale, agiographique ou statuaire a une fonction majeure politique ou religieuse. La « mise en majesté », inspirée d'une fonction symbolique, dépasse la réalité du corps de la personne représentée. Ce n'est que tardivement que les artistes se sont autorisés à s'éloigner de cette tradition.

Ce sont les Égyptiens qui introduisent le premier canon, au sens d'une trace arithmétique écrite, en définissant des rapports complexes de proportionnalité du corps humain et en particulier le visage. Le canon s'appuie sur une méthode de quadrillage. Le dessin se fait sur un plan géométriquement préparé. La représentation était exécutée essentiellement de face. La technique unidimentionnelle se prête bien aux exigences de la reproduction du modèle avant la sculpture proprement dite.

C. Barbillon, citant Diodore de Sicile, souligne que cette méthode permettait un assemblage parfait des fragments d'une statue : « *Parmi les anciens sculpteurs, les plus fameux auraient séjourné chez eux (les Égyptiens) ; ce sont Téléclès et Téodoros, les fils de Rhoicos, qui ont exécuté pour les Samiens la vieille statue d'Appollon Pythien. En effet, on raconte que la moitié de la statue fut faite par Téléclès à Samos et l'autre moitié par son frère Théodoros à Ephèse. Une fois réunies, les deux parties s'accordèrent si bien ensemble qu'il semblait que l'ouvrage entier avait été exécuté par un seul artiste. Or, ce genre de travail n'est pas du tout pratiqué chez les Grecs, alors qu'il est habituel*

chez les Égyptiens »[1]. Il s'ensuit de façon plus générale que l'expressivité des visages et des corps dans leur diversité est réduite par la contrainte de la technique même de mise « au carreau ». Les Égyptiens proposent un découpage par lignes d'après une formule fixe. L'approche est plus complexe que de simples tracés linéaires, mais cela permet de saisir l'esprit de l'architecture générale du procédé. Depuis les travaux de G. Robins[2], nous savons qu'une évolution s'est faite au cours des différentes dynasties pour aboutir à un allongement de la silhouette. Le nombre de lignes est allé croissant : de 6, 10, 12 à 18, puis 22 ligne-guides entre l'Ancien et le Nouvel Empire[3]. Ici encore, le canon tend à affiner la ligne des corps, point de place à la rondeur des formes.

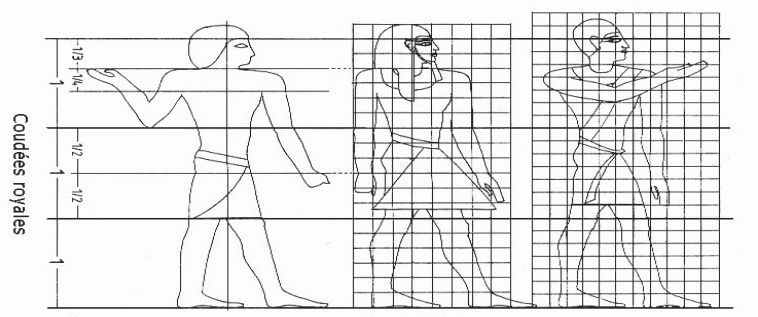


Illustration de la « mise au carreau » (Égypte)

E. La Crète et l'art minoen. « L'adorant gras »

Vers 1500 av. J.-C., l'art minoen est à son apogée en Crète. Le culte voué à Zeus se retrouve dans de très nombreux vestiges de temples. De petites statuettes en bronze ont été retrouvées dans les différents sites de fouille, dont des adorants comme « l'adorant gras »[4] issu des fouilles de Tylissos[5].

Ces statuettes de bronze sont coulées par la technique à cire perdue, la fusée de bronze qui s'échappe du moule sert de support à la figurine. Cet « adorant gras » a toutes les caractéristiques de l'obésité androïde avec des jambes assez grêles et un abdomen rebondi.

---

1 Diodore de Sicile (1975) Livre I, XCVIII § 4, 5 à 8.

2 Robins G. (1994). *Proportion and Style in Ancient Egyptian Art*, Austin, University of Texas Press.

3 L'Ancien Empire couvre une large partie du III^e^ millénaire (environ 2700 à 2200 av. notre ère). Le Nouvel Empire couvre une partie du second millénaire (1500-1000 av. notre ère).

4 Plusieurs figurines, analogues par leur petite taille et leur attitude, ont été également trouvées dans des grottes cultuelles crétoises à Skoteino, Patsos et Tylissos. Elles se présentent généralement comme des adorants, le bras droit levé à hauteur du visage en un geste de prière et de dévotion. Ce type de représentation en ronde-bosse a peut-être été vénéré dans les sanctuaires, d'autant qu'il est également attesté dans certaines scènes de culte figurées dans la peinture et la glyptique contemporaines. Il est cependant difficile de préciser s'il s'agit d'un dieu, d'un serviteur ou du dédicant de l'œuvre.

5 Davadas C. (1969). « Trois bronzes minoens de Skoteino ». *Bulletin de correspondance hellénistique*. N° 92-2 ; p. 620-650.

Il est intéressant de noter que cet « adorant gras » échappe à une quelconque représentation idéalisée du corps au même titre que ses pendants « l'adorant maigre » ou « l'adorant gynoïde » retrouvés sur le même site. Nous constatons que la présence du « gras » dans la statuaire n'est pas l'exclusivité du féminin. Par l'entremise du culte, le gras prend valeur symbolique, ou peut-être simplement marque-t-il le réalisme du corps humain, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Ces « adorants » sont une expression de l'art populaire qui traduit la diversité des corps et des postures. La confrontation entre l'art populaire et l'art des élites sociales n'est pas le propre de l'art minoen : elle se retrouve à d'autres époques, dont la nôtre.

L'adorant gras

Pour faire suite à ce constat, C. Davadas en dit davantage sur l'intérêt de « l'adorant gras » : *« Qu'a donc de particulier cet adorant de bronze, qualifié depuis longtemps de gras, pour que nous le mettions ainsi sur la sellette ? Notre réponse est nette : il est aussi stupéfiant de vérité que le joueur de sistre, d'un réalisme aussi prononcé, mais sans doute plus subtil pour les non-initiés »* [(1)].

J. Hazzidakis, dans sa description du personnage[(2)], indique que les jambes paraissent un peu grêles proportionnellement aux bras. Il met l'accent sur l'aspect fortement androïde du personnage, une surcharge pondérale disposée exclusivement dans la moitié supérieure du corps[(3)], un cou très épais et très court, appelé en clinique « cou de buffle », des masses scapulaires très développées, le tout contrastant avec des masses fessières peu importantes et des membres inférieurs grêles par rapport aux membres supérieurs, du fait de l'absence de graisse dans la moitié inférieure du corps. Pour les médecins, il s'agit d'une description typique d'un syndrome ou d'une maladie de Cushing.

---

1 *Ibid*. p. 211.

2 Exhumation de la salle n° 3 de la Villa A de Tylissos.

3 Le morphotype androïde est caractéristique avec des épaules plus larges que le bassin, le rapport tour de taille/tour de hanches (RTH) est de 0,86. Selon le standard actuel, ce rapport ne témoignerait pas d'une réelle surcharge pondérale abdominale car il faudrait que ce RTH soit > 1. En revanche la relation BA/BT est valide car l'évolution du squelette humain dans ses proportions n'a pas bouleversé le morphotype à l'exception de la taille.

Les adorants sont des exemples de la diversité d'inspiration des sculpteurs minoens dans une diversité de mise en scène de prière du commun. Y avait-il un autre projet artistique dans ces travaux ? On ne peut l'affirmer, mais quoi qu'il en soit, si projet il y avait, il n'était pas au service d'une représentation d'un corps idéal.

F. La Grèce antique : le canon esthétique, la mathématique et les rapports de proportionnalité

Les Grecs anciens assimilent la beauté au principe de proportion, en particulier sur la conception mathématique de l'univers. Ces rapports entre les éléments se retrouvent dans l'architecture mais aussi dans la musique, constituant ainsi des harmonies rythmiques. Ce rapprochement entre proportions et idéal du corps intéresse notre question du corps obèse comme objet de disqualification esthétique.

Pour les présocratiques, l'organisation du monde repose sur les éléments premiers de la matière (l'air, le feu, l'eau). Parmi eux, ce sont les mathématiciens qui associent forme et beauté, et plus particulièrement Pythagore (V^e siècle av. J.-C.). Le rapport de proportionnalité d'un élément au tout est un des fondements de la mathématique pythagoricienne (le théorème relatif au carré de l'hypoténuse en est une des nombreuses illustrations). « *Les pythagoriciens auraient expliqué que la jeune fille était belle parce que, en elle, un juste équilibre des humeurs produisait un teint agréable, et que ses membres avaient un rapport juste et harmonieux, car ils étaient régis par cette même loi qui établissait la distances entre les sphères planétaires* » [(1)]. Il se dégage de cette vision du monde que tous les éléments sont dans des rapports de proportionnalité qui sont les fondements de la beauté et de la vertu : « *Le principe de toute chose est le nombre. Avec Pythagore naît une vision esthético-mathématique de l'univers* »[(2)]. Le cosmos obéit à des harmonies numériques. On trouve chez Platon l'argumentaire qui met en discussion la relation entre le beau et le vertueux. « *Pour Platon, la beauté a une existence autonome, distincte du support physique* »[(3)]. Les sens, ici la vue, doivent céder le pas au monde des idées, le beau ne se situe pas dans l'apparence d'un corps mais dans celle d'une âme qui s'acquiert par l'apprentissage de la philosophie. Le beau (*kalos*, καλὸς) doit être compris par ce qui « plaît et attire ». C'est chez Homère que l'on trouve le parfait exemple de cette fusion

1 Eco U. (2004). *Histoire de la beauté*. Paris, Flammarion (2010), p. 73.

2 Blanc G. (2005). *Grâce et Disgrâce. Étude de l'esthétique du visage dans les œuvre d'Art sur la recherche permanente de l'homme d'un idéal à son visage, de la Préhistoire jusqu'aux images du XXI^e siècle*. Website : www.gerardblanc-orthondontiste.com

3 Eco U (2004). *Op. cit.* p. 50.

entre le beau et la vertu. Achille en est l'archétype ; il focalise l'attention par sa stature et incarne la bravoure et la vertu.

Il y a rupture avec le canon égyptien de la mise au carreau. C. Barbillon le précise : *« Le texte de Diodore de Sicile, dans la comparaison qu'il établit avec la méthode égyptienne, fait une allusion à la conception grecque de l'usage d'un canon : leurs règles, semble-t-il, ne se réfèrent pas à une structure abstraite préétablie mais à l'expérience subjective de la perception »*[1]. L'assertion est en contradiction avec l'approche pythagoricienne du corps qui sous-entend, pour l'artiste, une pré-intention de l'œuvre sur des valeurs arithmétiques. Dans la période préclassique, l'approche est pour l'essentiel anthropométrique, centrée sur l'appréhension des caractéristiques du modèle, sans que l'on puisse avancer qu'il s'agit d'une tentative de fondement d'un canon esthétique. L'hypothèse serait que les contraintes d'espace dans lesquelles l'œuvre doit se situer influencent la conception même de l'œuvre, et rompent avec la stricte application d'un canon.

Transposé au corps humain, nous devons le principe de proportionnalité au sculpteur Polyclète (env. 480-420 av. J.-C.). Selon E. Panofsky, il renonce « *à construire un corps humain sur la base d'un module absolu »* (le quadrillage égyptien) ; il observe que *« ce n'est plus un principe d'identité mécanique, mais un principe de différenciation organique, qui fonde le canon de Polyclète* »[2]. C'est sur ces points, une justesse de proportions squelettique et une intention charnelle, qu'a pu ultérieurement se construire la dimension esthétique, de l'œuvre, au sens d'un idéal du corps.

Dans les *Histoires de la nature* de Pline l'Ancien, citées par C. Barbillon[3], il est fait mention de plusieurs traités sur les rapports de proportionnalité du corps et en particulier celui d'Euphranor qui, à propos de Pâris, s'exprime ainsi : *« Il apparaît comme le premier à avoir représenté les qualités propres aux héros et à avoir fait usage des proportions. Il donna toutefois plus d'importance aux têtes et aux membres qu'à l'ensemble du corps. Il rédigea aussi des ouvrages consacrés aux proportions et aux couleurs »*[4].

Polyclète fut pour l'essentiel un bronzier ; son œuvre nous est connue grâce à de nombreuses copies en marbre d'époque romaine. Il s'agit de figures masculines nues, thème majeur de l'art grec qu'il a renouvelé en établissant un modèle athlétique rompant avec la statuaire archaïque. Cette dernière se caractérise par une grande simplicité des formes et des postures, souvent symboliques, dont l'expression la plus typique se retrouve dans les *kouroi* (κοῦρος, « jeune garçon ») et les *korai* (κόρη, « jeune fille »).

---

1 Barbillon C. *Op. cit.* p. 17.

2 Panofsky E. (1924). *La perspective comme forme symbolique*. Rééd. 1975, Paris, éd. de Minuit (cité par C. Barbillon. *Op. cit*., p.19.)

3 Barbillon C. *Op. cit*. p. 17.

4 Pline l'Ancien. Livre XXXV, § 128-129.

Pour illustrer cette période proche de Polyclète, nous pouvons rapprocher deux statues séparées d'une trentaine d'années : l'Apollon de Strangford et l'éphèbe de Critios. Si l'Apollon de Strangford est encore rigide dans l'expression du corps, l'éphèbe de Critios, dont l'apparence générale est un peu hiératique, est traité de manière naturaliste. Il est souvent considéré comme un exemple de la transition entre le style archaïque tardif de la fin du VI^e^ siècle av. J.-C. et le premier classicisme. L'avancée du pied droit, qui entraîne une légère bascule du bassin, ébauche d'attitude du *contrapposto* (le déhanché) des sculptures classiques grecques et romaines, inspirera nombre de sculpteurs jusqu'aux contemporains. Polyclète reprend la posture en faisant basculer davantage le poids du corps sur la jambe avant ce qui favorise l'impression de légèreté de l'appui postérieur avec un talon décollé, il invente le *contrapposto* ou chiasme. Son *Doryphore* illustre le mieux les fondements de l'esthétique de sa représentation statuaire du corps humain. Le rapport de proportionnalité y est appliqué après que Polyclète a défini dans son traité, *Canon* [1], dont il reste quelques fragments, les bases mathématiques de ces proportions idéales.

Apollon de Strangford

Éphèbe de Critios

Le Doryphore

1 Polyclète a été le premier sculpteur grec à rédiger un traité sur son art, le *Canon* (Κανών, littéralement la « règle »), dont deux courts passages seulement ont été préservés – l'un chez Plutarque et l'autre chez Philon de Byzance –, mais que plusieurs auteurs antiques ont paraphrasé, en particulier Galien. Celui-ci indique que Polyclète *« a confirmé son discours par une œuvre, en créant une statue selon les principes de son discours, et en nommant la statue elle-même, tout comme son ouvrage, le Canon. »* Cette statue est identifiée par Pline au *Doryphore*, dont le type a été reconnu en 1863 dans une statue en marbre découverte à Pompéi.

Le travail d'exégèse des spécialistes montre combien cette définition du *canon* est présente dans les différentes critiques bien au-delà de la sculpture, pour intéresser plus tard la peinture et ses académismes. À ce propos, A. Mégret (1882), qui parle des chefs-d'œuvre de la statuaire grecque, note que « *l'œil ne tarde pas à reconnaître qu'à la puissance d'exécution qui distingue la plupart de ces chefs-d'œuvre, entre tous, se joint un principe d'harmonie, un rythme, pour ainsi dire, qui en fixe le grand style et semble en avoir réglé mathématiquement les proportions admirables, quoique dissimulés sous une forme, qualifiée aujourd'hui d'idéale* »(1). Et de poursuivre en évoquant l'influence du *Canon* de Polyclète sur les artistes classiques : « *Ces canons faisaient à tel point partie de l'éducation des artistes de ces grandes époques, que les mêmes auteurs y font fréquemment allusion, soit par des citations ou des allusions* »(2).

A. Mégret propose une comparaison avec l'analyse des proportions des statues égyptiennes qui obéissaient aussi à des rapports de proportionnalité. De ces approches successives naît une idée, aujourd'hui réfutée, celle du nombre d'or comme fondement de l'esthétique du corps mais aussi comme étalon(3) des rapports idéaux de proportionnalité architecturale.

Le « nombre d'or » : un mythe qui règne sur les canons modernes de la beauté. Le nombre d'or est égal à $(1+\sqrt{5})/2$, soit environ 1,618. Il apparaît chez Pythagore mais plus spécifiquement chez Euclide (323-285 av. J.-C.) dans son traité *Les Éléments de géométrie* où il définit une proportion entre deux segments selon la formule $(a+b)/a = a/b$ qu'il intitule « proportion de moyenne raison ».

« Cette proportion pour de nombreux artistes comme Léonard de Vinci ou encore Le Corbusier – pour ne citer que les plus célèbres –, donnerait la clef de l'harmonie d'une œuvre d'art. Cette croyance est d'autant plus largement répandue depuis la parution dans les années 1930 du livre du roumain Maltila Ghyka "Le Nombre d'Or". Pour cet auteur, les artistes grecques de l'Antiquité utilisaient délibérément le nombre d'or, ou section dorée, pour déclencher l'émotion du spectateur. Cela expliquerait que la statuaire et l'architecture de la Grèce classique – le Parthénon, les Propylées –, s'adressent si merveilleusement à nos sens. »(4)

---

1 Nous percevons dans cette citation la superposition des concepts d'idéal et de norme, dont nous avions souligné la grande difficulté à les préciser l'un par rapport à l'autre.

2 Mégret A. (1892). *Étude sur les canons de Polyclète*. Paris, éd. H. Laurens, http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb30919329v *Date de mise en ligne : 25/06/2008*

3 L'étalon serait une sorte de canon universel, franchissant les époques, et inspirant les artistes, peut-être même à leur insu. Il s'inscrirait comme une permanence de la représentation du beau au travers des proportions dont la nature serait l'inspiratrice.

4 Cariou M., Jatteau A. (2006). « Le nombre d'or dans l'architecture grecque : mythe ou réalité ? », *Archéologie en chantier*. ENS. http://www.archeologiesenchantier.ens.fr/spip.php?article40

Les querelles ont été nombreuses autour de l'application systématique et stricte du nombre d'or dans l'architecture et la statuaire. Vitruve reprendra cette théorie dans son traité *De Achitectura*[1]. Les experts contemporains réfutent cette approche au profit de la notion d'harmonie des proportions qui s'approche de ce nombre sans toutefois en être une application stricte. Ce que nous en retenons pour notre travail, c'est la possibilité d'un héritage qui prévaut encore lorsqu'il s'agit de définir l'esthétique d'un corps et, *a contrario*, celui qui ne le serait pas. Les mensurations idéales n'en seraient qu'un avatar.

G. La Rome antique : consolidation du classicisme grec

La statuaire romaine s'inspire profondémment de celle des Grecs, puisque ces derniers constituaient la référence absolue au classicisme de la forme[2]. Le panthéon des dieux de la Rome antique se superpose, pour l'essentiel, à l'hellénique, ce qui ne permet pas l'émergence d'autres figures de la mythologie. Après les Étrusques, la République romaine puis l'Empire ont favorisé la diffusion de l'archétype esthétique du corps au sein de la civilisation occidentale. La statuaire grecque est en grande partie connue grâce à des copies romaines (cf. Polyclète et le *Doryphore*). Encore qu'il faille considérer que la plupart des œuvres sont des réinterprétations d'originaux plus que des copies serviles. Il existe un véritable art romain qui se caractérise par la statuaire en arme (en particulier avec les cuirasses) et les compositions de plusieurs personnages sans lien mythologique direct mais dont l'effet esthétique est puissant.

Pour autant, la composition des corps reste conforme au canon hellène. La statuaire consolide ainsi le rapport de proportionalité évoqué plus haut. Le corps obèse n'est pas représenté chez les Romains pas plus que chez les Grecs. Seuls les portraits de personnages d'État permettent d'appréhender la diversité des formes de visage. Pour se convaincre de la célébration des corps minces et musclés, il est possible de se référer à la statue de Marcus Claudius Marcellus, neveu et gendre de l'empereur Octave Auguste. Oeuvre ins-

---

1 Vitruve. *De Achitectura*. Trad. nouvelle par Ch.-L. Maufras, Paris, éd. bilingue C.-L. F. Panckoucke, 1847.

2 Le classicisme de la statuaire grecque (V^e^ et IV^e^ siècles av. J.-C.) s'incarne par les œuvres de Phidias, Polyclète, puis Praxitèle et Lysippe. Le type classique : élaboration d'un certain nombre de schémas formels, définis par une pose précise : pondération du corps, gestes des bras, orientation de la tête, l'organisation et la disposition du vêtement, l'arrangement de la coiffure et dans une certaine mesure la structure de la musculature pour les figures masculines. Ce sont bien des types de départ puisqu'une statue pouvait être à peu près répétée. Ils sont nés en fait du souci de différents sculpteurs, au lendemain de l'achèvement du Parthénon, de définir leur originalité par rapport aux modèles du troisième quart du V^e^ siècle, ceux de Polyclète comme ceux de Phidias. Le classicisme crée ainsi un répertoire dans lequel les sculpteurs hellénistiques et romains puiseront largement.

pirée d'un modèle grec : un Hermès élevé sur la tombe des héros morts à la bataille de Coronée en 447 av. J.-C. Ce travail de Cléoménès l'Athénien est une parfaite illustration du rapprochement entre harmonie des formes et beauté virile.

Statue d'Auguste dite « de Prima Porta »

Statue de Marcus Claudius Marcellus

H Le Moyen Âge. Le modèle pseudo-varronien. La reproduction iconographique : recette d'atelier

Le Moyen Âge se prête plus difficilement à la mise en lumière d'un canon esthétique du corps. La statuaire et l'iconographie n'approchent pas la représentation du corps nu, à l'exception du Christ en croix, qui n'apparaît que très tardivement, et de quelques représentations d'Adam et Ève chassés du paradis. Toutefois il est intéressant de s'arrêter sur quelques éléments qui participent à la construction de l'image du corps et dont il est possible qu'ils participent également de l'héritage de l'idéal du corps.

Le Moyen Âge rompt avec le modèle de Vitruve. Émerge, à un moment indéterminé, un système de proportions beaucoup plus commode, facilement utilisable et transmissible comme « recette d'atelier ». Ce canon, attribué à Varron[1], est appelé « pseudo-varronien » et servait de référence dans les ateliers du haut Moyen Âge. Un texte du XV^e^ siècle attribué à un moine nommé Denys, le *Manuel du peintre du mont Athos*, en décrit les

1 Varron. (Marcus Terentius Varro), écrivain et savant romain, né à Reate (auj. Rieti), en Sabine, en 116 et mort en 27 av. J.-C.

bases. Ce texte a attiré l'attention pour son approche technique, en particulier d'A.-N. Didron et du Dr P. Durand qui en ont proposé une traduction en 1845[1]. Le canon serait l'œuvre d'un maître du XI^e^ siècle, Panselinos, dont les artistes s'inspirèrent dans les siècles suivants et ce jusqu'au XIX^e^ dans l'ensemble des monastères orthodoxes. Lors de son voyage, A.-N. Didron, étonné par la qualité d'exécution d'une fresque à main levée par un artiste et ses assistants, fait référence à ce guide : « *Voici un manuscrit où l'on nous apprend tout ce que nous devons faire. Ici, on nous enseigne à préparer nos mortiers, nos pinceaux, nos couleurs, à composer nos tableaux ; là, sont écrites les inscriptions et les sentences que nous devons peindre, et que vous m'entendez dicter à ces jeunes gens, mes élèves* »[2].

La première partie du traité est consacrée à l'ensemble des techniques : bases, calques, colles, préparation des couleurs, des vernis… La seconde est orientée vers la représentation proprement dite des personnages. Elle est essentielle à la compréhension du caractère répétitif, presque superposable, du traitement de la représentation. Elle témoigne « *de l'immobilité de l'art chez les Byzantins, où dans la représentation rien n'est abandonné à l'imagination et à l'inspiration de l'artiste, mais où la figure, le costume, les gestes, la disposition des personnages, étaient réglés d'avance par une tradition immuable, et où même les accessoires devaient avoir une forme déterminée, le rôle du peintre se bornant dès lors au métier de copiste* »[3]. Il semble donc exister un canon de représentation du corps issu du monde byzantin qui a été au cours du haut Moyen Âge source d'inspiration. Plus guidées par la dimension spirituelle et symbolique qu'esthétique (au sens du beau pour le beau), l'iconographie et la statuaire ont fait rupture avec le modèle gréco-romain. Ceci fait dire à Umberto Eco : « *Apparemment le Moyen Âge n'applique pas une mathématique des proportions à l'évaluation ou à la reproduction du corps humain. On pourrait attribuer cette inattention à la dévaluation de la corporéité en faveur de la Beauté spirituelle* ».[4]

Il s'ensuit une mise en sommeil de ce modèle panthéiste et paganique réfuté par le christianisme. Il faut souligner que l'emploi de la mathématique ne fait pas défaut dans l'architecture et en particulier dans les grands chantiers des châteaux et des églises. L'Italie, quant à elle, ne rompt pas totalement avec son passé antique puisqu'A. Chastel souligne que « *les réemplois, les insertions antiques dans les murs des façades, n'ont pra-*

---

1 Didron A.-N., Durand P. (1845). *Manuel d'iconographie chrétienne, grecque et latine*. Traduction du manuscrit byzantin, Paris, Le Guide de la peinture, Imprimerie Royale.

2 *Ibid*. p. 21.

3 Lalanne L. (1845), *Manuel d'iconographie chrétienne, grecque et latine...*, par Mr Didron et le docteur Paul Durand., *Bibliothèque de l'école des Chartes*, vol. 6, n° 1, p. 461-464.

4 Eco U. (2004). *Op. cit*. p. 77.

tiquement jamais cessé ; Venise est devenu ainsi une sorte de musée urbain de vestiges sculptés orientaux, Dans l'atelier monastique le plus étranger à la culture classique, chez le marbrier le plus rustique, on voit parfois surgir au XI^e^ ou au XII^e^ siècle un motif antique repris avec attention »[(1)].

A. Chastel n'hésite pas à parler de « *petites renaissances* » en relevant la permanence d'usage de fragments d'œuvres antiques dans la statuaire italienne du Moyen Âge. Il le justifie en considérant que « *les Caroligiens, les Ottoniens et les empereurs souabes sont tout empreints d'idéologie romaine* »[(2)].

Le Moyen Âge n'ignore pas la tradition pythagoricienne qui avance que l'âme et le corps sont soumis aux mêmes lois que celles qui régissent les phénomènes musicaux, et « *ces mêmes proportions se retrouvent dans l'harmonie du cosmos…*»[(3)], ordre du monde qui fait dire à B. de Bagnioregio : « *Puisque Dieu ne saurait créer que choses par Lui-même ordonnées ; que l'ordre présuppose le nombre, et le nombre la mesure ; que ne peuvent être ordonnées selon un autre principe que les choses nombrées, et ne peuvent être nombrées que les choses finies, il est nécessaire que Dieu ait créé les choses en nombre, poids et mesure* »[(4)].

Non seulement la proportion est au rendez-vous de la construction des choses mais le beau n'en est pas absent à croire Thomas d'Aquin dans sa *Somme théologique* : « *Le beau consiste dans une juste proportion des choses, car nos sens se délectent des choses proportionnées (…). La beauté requiert trois conditions. D'abord l'intégrité ou perfection : les choses tronquées sont laides par là même. Puis les les proportions voulues ou harmonie. Enfin l'éclat : des choses qui ont de brillantes couleurs, on dit volontiers qu'elles sont belles* »[(5)].

Le Moyen Âge ne peut se résumer en ces quelques points de repère, du fait de sa durée, de la richesse de sa production artitisque et des émergences artistiques régionales diverses de styles et d'influences. Mais nous saisissons globalement que la question de la représentation d'un corps idéal n'est pas au centre des compositions artistiques. L'omniprésence du symbolique dans l'art sacré contraste avec l'art profane que l'on retrouve dans la statuaire des scènes paysanes ou artisanales qui enjolivent églises et monastères.

Nous constatons que la règle et le compas ne sont pas étrangers à la mesure des êtres et des choses au cours de cette période, même si n'émergent pas des canons théorisés

---

1 Chastel A. (1995). *L'art italien*. Coll. « Tout l'art – Histoire ». Paris, éd. Flammarion, p. 18.

2 *Ibid*. p. 19.

3 Eco U. (2004). *Op. cit*. p. 82. Bonaventuro de Bagnioregio (1217-1221 (?)-1274). *Ordre et mesure* in *Commentaria in libros sententiarium*. (Les sentences) Borde & Laurent. Lyon, (1668).

4 *Ibid*. p. 82.

5 *Ibid*. p. 88.

des représentations du corps humain à l'exception du *Carnet* ou *Livre des portraitures* de Villard de Honnecourt. Cependant cela n'écarte pas la préoccupation de la corporéité au cours du Moyen Âge qui reste un centre d'intérêt majeur pour les théologiens et les penseurs tout particulièrement autour du lien entre l'âme et le corps : « *La chair n'est un fardeau pour l'âme que dans l'état de corruption ; dans l'état béatifique, il lui manquerait quelque chose* »(1).

La chair n'est pas évacuée au seul profit de l'âme et le corps reste un motif à débat, l'espace religieux de la *disputatio* à son sujet n'a pas permis une liberté quant au prolongement d'un canon esthétique ou à l'émergence d'un nouveau canon. C'est avec la Renaissance que resurgit le modèle gréco-romain et le nu dans la statuaire.

I La Renaissance. L'Homme au centre du monde

La Renaissance débute en Italie du Nord au XIV^e^ siècle pour couvrir les XIV^e^ et XV^e^ siècles. Elle se caractérise par un profond renouveau artistique qui gagne progressivement l'ensemble de l'Europe. Dans son acception actuelle, le mot « Renaissance » ne figure pas dans le traité de G. Vasari « *Le Vite…* »(2) où il parle de *rinascità* (re-naissance, nouvelle naissance). L'acception moderne de Renaissance (*Rinascimento* comme époque artistique) n'est utilisée qu'au XIX^e^ siècle (J. Michelet, 1855)(3). Vasari évoque trois époques : les précurseurs, les initiateurs, les maîtres accomplis ; il ne parle ni de *Trencento*, de *Quattrocento* ou de *Cinquecento*. C'est là encore au XIX^e^ siècle que le courant artistique de la Renaissance sera qualifié dans cette perspective temporelle.

Au-delà du renouveau artistique, la Renaissance modifie profondément le rapport de l'Homme à lui-même, à la nature, à Dieu, et au monde de façon générale. Dès le *Trencento*, des hommes de lettres, tels Boccace ou Pétrarque, affirment leurs aspirations à la *reno-*

---

1 Augustin. *La Genèse au sens littéral*, XII, 35. Cité par Solère J.-L., *Dictionnaire du Moyen Âge*, 2002. Paris, éd. PUF, p. 244.

2 Vasari G. (1550) *Le vite de' più eccelenti architetti, pittori, et scultori italiani, da Cimabue, insino a' tempi nostri*. Nell'edizione per i tipi Lorenzo Torrentino. Firenze 1550. Deux éditions disponibles en français : *Les Vies des meilleurs peintres, sculpteurs et architectes*, traduction française et édition commentée sous la direction d'André Chastel, Paris, Berger-Levrault, coll. Arts, 12 vol. (1981-1989). *Les Vies des meilleurs peintres, sculpteurs et architectes* d'André Chastel. Réédition, Actes Sud, collection « Thesaurus », 2 vol. (2005)

3 « *Michelet (1855) puis Burckhardt (1860) réinterprètent le mythe, pour parler de ce temps qui rompt volontairement avec le Moyen Âge, "époque d'esprit collectif, de religion et d'autorité". La Renaissance, italienne d'abord, puis européenne, a posé la conscience individuelle et la liberté. Elle a affirmé la présence de l'homme au monde. Il s'agit en quelque sorte d'une nouvelle civilisation, une nouvelle naissance. Michelet n'a pas créé le mot Renaissance mais lui a donné une dimension "historique"* ». D'après Nicole Lemaitre, Université Paris I, Panthéon Sorbonne, cours d'agrégation d'histoire moderne : année académique 2002-2003. 1 Penser la Renaissance. Le mot et l'histoire.

vatio[1]. Le retour vers les œuvres gréco-romaines favorise celui du canon ancien dans la statuaire, mais aussi dans la peinture, même si les règles de proportionnalité ne sont plus tout à fait les mêmes. L'émergence d'un art laïc est caractéristique de la Renaissance, ce qui a pour conséquence une diversité des sujets représentés à la mesure de celle des commanditaires. L'Église n'est plus le seul commanditaire d'œuvres d'art.

Le *Trencento* occupe le XIVe siècle et il constitue le tournant artistique de la Renaissance. Une des figures marquantes de ce courant est L.-B. Alberti[2]. Il oscille, selon C Barbillon[3], entre le modèle vitruvien et le « pseudo-varronien » et développe dans *De statua*[4] un système en trois points : primauté accordée à l'observation des modèles vivants, introduction d'une troisième dimension par la notion de volume, et rejet de toute hiérarchie entre les parties du corps.

« *Le modèle se composait de six segments (pieds), divisés en dix parties (onces), elles-mêmes subdivisées en dix sous-parties (minutes), le système ainsi composé de pas moins de six cents fractions du module unitaire – le corps à mesurer – pouvait se transposer dans n'importe quel ordre de grandeur.* »[5]

Ce qui est exemplaire et saisissant dans l'approche d'Alberti, c'est son désir de retrouver la maîtrise des Anciens et de rivaliser avec eux[6]. Il considère que celui qui respectera ses règles pourra « *exécuter la moitié d'une statut dans l'île de Paros, puis extraire et terminer l'autre dans la montagne de Carrare, de façon que les jonctions et les commissures se raccordent partout dans l'ensemble de ou dans la face de l'image, et correspondent au corps vivant ou au modèle d'après lequel elle aura été faite* »[7]. L'approche intuitive d'Alberti ne semble être suivie que par G.-M. Savonarola[8], médecin padouan, qui s'intéresse aux caractéristiques corporelles humaines et qui intègre les propositions d'Alberti sur les variations naturelles des proportions entre les êtres.

---

1 http://www.grandpalais.fr/fr/article/la-renaissance. Consulté en février 2014.

2 Alberti L.-B., né à Gênes en 1404 et mort à Rome en 1472. Écrivain, peintre, architecte, philosophe. Théoricien de la perspective.

3 Barbillon C. *Op. cit*. p. 31.

4 Œuvre rédigée vers 1462, comporte 19 chapitres, venant compléter les autres volets consacrés à la peinture et à l'architecture *De re aedificatoria* (architettura) e il *De pictura* (pittura) qui mettent en place les bases de la perspective.

5 *Ibid*. p. 32.

6 Ceci fait dire à A. Chastel que « *l'art italien a pris alors complètement possession de son héritage ; mais avec le sentiment nouveau d'une "distance historique" qui invite les créateurs à ne s'inspirer de l'antique que pour l'égaler, peut-être le dépasser.* » (*op. cit.*, p. 19).

7 Barbillon C. *Op. cit*., p. 33.

8 Savonarola G.-M. (Padoue 1385- Ferrare 1468), médecin à Padoue de 1419 à 1437 avant d'être le médecin privé du duc de Ferrare, Nicola III d'Este. Il est le grand-père du moine Girolamo Savonarola.

C'est surtout à partir du *Quattrocento* que le mouvement du *Rinascimento* trouvera son épanouissement. Si l'on s'en tient à la seule statuaire, pour l'intérêt que nous portons à la représentation du corps, c'est Donatello qui incarne le mieux le renouveau de la sculpture en lien avec l'art gréco-romain. L'œuvre la plus représentative de son inspiration antique reste le *David*(1), travail en ronde-bosse qui reprend les canons esthétiques de la statuaire gréco-romaine, même s'il se dégage de ce travail une ambiguïté de genre inusitée dans l'Antiquité. Toutefois, la reprise du *contrapposto,* les rapports de proportionnalité du corps sont très nettement d'inspiration antique.

Le *David* de Donatello

Avec le *Quattrocento*, les artistes reviennent plus largement vers des sujets profanes et la mise en valeur des corps. Dans son traité *De sculptura,* P. Gaurico, dit Gauricus, expose dans sa première partie les nécessaires connaissances que le sculpteur doit posséder. Il convient qu'il *« fut instruit autant que possible dans toutes les disciplines et d'un savoir accompli, c'est-à-dire informé du plus grand nombre de choses, de fables, de récits »*(2). Au-delà de l'érudition il devra aussi être avisé, avoir l'esprit juste, « *qu'il soit connaisseur en antiquité* »(3) , être doué d'imagination, compréhensif, « *c'est-à-dire embrasser et représenter les formes de tout ce qu'il conçoit et veut exprimer* »(4), bannir la flatterie, faire montre d'habileté manuelle. Dans la seconde partie, il définit son canon de proportions (*symmetria*) et de rapports (*proportio*) du corps humain, et aussi les perspectives – sujet nouveau dans un traité sur le corps humain et ses représentations – et pose ainsi

1 Les spécialistes en situent la réalisation vers 1440. C'est le premier nu monumental de la Renaissance et la première statue de nu en ronde-bosse.

2 Gauricus Pomponius (1504). *De sculptura*. Genève, éd.1969, Librairie Droz, p. 52.

3 *Ibid*. § 7 p. 54.

4 *Ibid*. § 9 p. 60.

les harmonies nécessaires entre les parties et le tout. Ce traité ne comporte pas d'illustrations, il s'agit d'une approche néo-platonicienne construite d'ailleurs sur le mode de la discussion avec deux protagonistes, et prétexte à l'exposé théorique d'une conception de l'homme artiste plus qu'un traité technique. Il reflète l'esprit de la Renaissance.

À la mort de Donatello, Verrochio le remplace à la cour des Medicis. Il est intéressant de rapprocher son *David* de celui de Donatello. Si Verrochio revêt son *David* d'une légère armure, nous retrouvons dans la posture et dans l'élégante silhouette des analogies de proportions : même élancement, même jeunesse, une ronde-bosse sans tourment dans la ligne, souple.

Avec Michel-Ange, la sculpture de la Renaissance trouve son apogée. Les corps deviennent plus puissants, plus virils, plus denses dans leur musculature. Michel-Ange s'émancipe du modèle antique pour le réinterpréter. Même si, à s'attarder sur les proportions et le volume de l'ensemble, nous trouvons dans le *Bacchus* un rappel exemplaire du canon antique.

Le *David* de Verrochio

Le *Bacchus* de Michel-Ange

L'entrée dans le XVI^{e} siècle voit l'épanouissement de Michel-Ange et une prise de liberté quant aux proportions de la statuaire au profit de l'expression. Ce parti-pris artistique produit les œuvres les plus puissantes de l'artiste. Même si Michel-Ange s'affranchit des canons antiques, les représentations du corps restent d'une force esthétique majeure. À comparer son *David* à ceux de Donatello ou Verrochio, il ne se dégage pas la même vision du personnage. Ici, nulle ambiguïté de genre comme chez Donatello, ou d'une ligne encore enfantine comme chez Verrochio. Les proportions de la tête et des mains ne sont pas conformes aux critères de Polyclète pour son *Doryphore ;* pour autant Michel-Ange ne le trahit pas en associant à l'impression de puissance corporelle une esthétique proche des modèles antiques.

C'est sûrement chez B. Cellini[1], dans son interprétation de *Persée*, que l'on retrouve les critères des Anciens, même si il y a une élégance précieuse dans la réalisation comme une surexpression du trait caractéristique du maniérisme.

Le *David* de Michel-Ange

Le *Persée* de Cellini

La statuaire de la Renaissance n'a pas l'exclusivité du nu masculin, Vénus, Aphrodite inspirèrent aussi les artistes, mais il n'existe pas de canon antique, c'est-à-dire pas de traité, pour définir les proportions idéales du corps féminin, ce qui fait dire à C. Cennini[2], dans son *Livre de l'art*, en parlant du corps féminin à un de ses amis : « *Remarque, avant d'aller plus loin, les mesures exactes de l'homme que je vais te donner. Celles de la femme, je n'en parlerai pas, elle n'a aucune mesure parfaite* »[3].

La Renaissance établit un pont au dessus du Moyen Âge entre l'Antiquité et les *Quattrocento* et *Cinquecento* en se réappropriant les modèles gréco-romains et en réutilisant les canons esthétiques du corps de telle sorte à continuer d'inscrire dans un inconscient collectif cette perception du beau au travers de représentations durables du corps humain.

---

1 Cellini B. (1500-1571), orfèvre, bronzier, fondeur, sculpteur, est aussi connu pour une autobiographie truculente : *Vita*. Il a laissé plusieurs œuvres en France lors de son séjour auprès de François I[er].

2 Cennini Cennino (1370-1440) apprend la peinture à Florence dans l'atelier d'Agnolo Gaddi. On associe son nom à un important traité de techniques picturales, le *Livre de l'art*, écrit par un auteur proche des milieux florentins, vers la fin du Moyen Âge. La date de sa rédaction, entre 1390 et 1437, fait encore l'objet de discussions. Il constitue le meilleur témoignage et le plus détaillé des pratiques d'atelier en vigueur à la fin du *Trecento*.

3 *Le Livre de l'art*. (paru vers 1437) Chap. LXX : « Mesures que doit avoir le corps humain parfaitement proportionné ». Cité par C. Barbillon. (2004) *Op. cit.* p. 26.

La question du canon ne cesse pas avec la Renaissance, elle trouve des prolongements jusqu'à l'époque contemporaine.

J Le XVII^e siècle. L'analyse des proportions de l'Antique

Les auteurs de traités du XVII^e siècle consacrent l'essentiel de leurs travaux à l'analyse, jusque dans les moindres détails, des proportions des modèles grecs. Les traités se multiplient autour des proportions des antiques, mais « *n'est-ce pas parfois par pur plaisir d'antiquaire, pour se rendre plus intimes ces œuvres vénérables* ». (1)

A. Bosse publie en 1656 *Représentation des diverses figures humaines avec leurs mesures prises sur les Antiques qui sont à présent à Rome.* Ce traité reprend un système de divisions et subdivisions avec de nombreux accommodements, que l'auteur ne justifie pas, en fonction du sujet étudié (*Hercule Farnèse*, la *Vénus* de Médicis, l'*Apollon* du Belvédère, le *Méléagre*). A. Bosse fait de son traité un ouvrage didactique à l'usage des ouvriers qui pratiquent de telles choses. Le traité n'apporte pas une nouvelle évolution d'un canon esthétique du corps. Il est une recension de ceux des Antiques qui témoigne de la fascination qui se perpétue pour la statuaire grecque.

Le graveur G. Audran publie en 1683 *Les proportions du corps humain mesurées sur les plus belles figures de l'Antiquité*. Pour C. Barbillon, « *l'optique d'Audran apparaît à la fois comme originale par rapport à celles du passé (elle s'oppose tout aussi bien au mythe antique et médiéval du canon unique qu'à la méthode empirique d'Alberti ou de Dürer) et significative d'une évolution des mentalités qui perdure jusqu'au début du XIX^e siècle. Il élabore une sorte de grammaire de modèles de proportions proposant plusieurs paradigmes, comme on trouve pour les déclinaisons grecques ou latines* »(2).

Tout comme A. Bosse, G. Audran s'intéresse à l'*Hercule Farnèse*, à l'*Apollon du Belvédère,* la *Vénus de Médicis, le Méléagre*, étude qu'il complète par une réflexion sur le *Laocoon* et d'autres statues majeures.

1 Barbillon C. (2004). *Op. cit.*, p. 44.

2 Barbillon C. (2004). *Op. cit*. p. 45-46.

G. Audran, étude sur le *Laocoon*

Son traité relève d'une volonté technique et a le mérite de la clarté par le jeu lisible des lignes de découpage et de proportion entre les différents segments du corps. Il marquera profondément la lecture des œuvres antiques pendant près de deux siècles. À ce propos, C. Barbillon parle de vade-mecum en rappelant que « *l'ouvrage d'Audran (...) offrait un répertoire canonique fondé sur l'axiome classique de la supériorité de l'Antiquité sur toute autre époque de production artistique, et ce au premier chef dans le genre du nu* »(1). Pour autant, il ne faudrait pas croire que ce modèle ancien satisfait l'ensemble des courants artistiques qui agitent le XVIII^{e} siècle, pas plus que les théoriciens de l'art de l'époque. Plusieurs polémiques surgirent et se prolongèrent au XIX^{e} siècle, les unes portées par des artistes, les autres défendues par des approches plus anatomistes comme celle du chirurgien Pierre-Nicolas Gerdy(2) ou du Dr Fau(3), qui ne rompent cependant pas totalement avec l'esthétique des planches anatomiques. Ce qui se fait jour dans ces querelles de traités sur l'existence d'un canon, c'est la dispute entre une démarche scientifique, anatomiste, et une approche plus sensible, au risque d'être approximative, guidée par la fascination exercée par les Antiques sur les auteurs. Il va se créer au XIX^{e} siècle une tension entre les héritiers d'Audran et les adeptes de la science.

K. Le XIX^{e} siècle entre science et esthétique

S'il est bien une caractéristique du XIX^{e} siècle, c'est la place croissante de la science dans l'économie intellectuelle jusqu'à se transposer dans l'économie industrielle à la fin

1 *Ibid*. p. 136.

2 Gerdy P.-N. (1827). *Cours d'anatomie appliqué à la peinture et à la sculpture*. Paris, Imprimerie É. Pochard. http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb33330360.

3 Dr Fau J. (1886). *Anatomie artistique*. Textes avec figures par É. Cuyer. Paris, éd. Baillière et fils.

du siècle. Pour ce qui concerne la permanence d'un canon esthétique du corps, cette époque va opposer les tenants de la métrique, avec l'avènement de l'anthropométrie, de la physiognomonie, et les partisans d'une esthétique artistique dont le canon de Polyclète reste le centre. Cette posture se fonde sur le principe de l'universalité du beau à jamais fixé par Polyclète, alors que les laudateurs de la science plaident pour la diversité des corps, ce qui n'empêche pas leur intérêt pour la mesure et la norme. Se dessine au cours de ce siècle une tentative de taxonomie ethnique et anthropométrique. Selon C. Barbillon, « *c'est dans l'ordre du mythe, ou plutôt du symbole, que fonctionnait la référence au canon de Polyclète présente dans tout traité de proportions, ou même dans toute réflexion concernant ce problème au XIX^e siècle, avec connotation nostalgique qui accompagne toute évocation d'un paradis perdu – en l'occurrence, celui d'une époque où la formule, quasi magique, de la beauté, aurait été à la disposition des artistes* », et de renforcer son propos en citant J. Pigeaud pour qui « *Polyclète prit la force du mythe et son œuvre celle du rêve* »[1].

Il se crée une tension idéologique entre les évolutionnistes, qui soulignent l'impermanence de l'être humain et la diversité des types ethniques, et les auteurs qui défendent la permanence de l'antique. Ainsi, le sculpteur C. Rochet qui consacre plusieurs traités aux proportions reconnaît que le canon de Polyclète « *ne correspondait pas à la population française, en tout cas telle que la démarche de Bertillon[2] en avait établi les mesures. (…) Pour Charles Rochet, parler de diversité ou d'exceptions dans une théorie des proportions du corps humain, c'est admettre la laideur, alors que tout homme bien fait est naturellement grand, et d'une grandeur pondérée et réglée* »[3].

Contrairement à la plupart des traités précédents, C. Rochet avance qu'il n'y a pas de différence entre l'homme et la femme quant « *au type le plus parfait de la nature humaine* ». La quête du sculpteur est d'établir un modèle fixe, de toute éternité à l'image de l'antique, ceci préfigure l'époque moderne ou la confrontation des corps à un idéal est permanente. Il cite Pythagore et ses lois des proportions des nombres dans la nature.

À la fin du XIX^e siècle apparaît la photographie, un art neuf, dont la place est discutée pour la transmission de la connaissance des antiques et l'apprentissage du dessin dans les académies de peintures et de sculpture. F. Ravaisson, inspecteur général de l'Instruction publique en 1849, puis conservateur des antiques et de la sculpture moderne au musée du Louvre de 1870 à 1887, favorise l'usage de la photographie pour la diffusion des modèles. À l'époque le dessin « *est un élément constitutif de l'éducation et un facteur de*

1 Barbillon C. *Op. cit*. p. 193-194.

2 Bertillon avait travaillé sur les mesures des conscrits entre 1851 et 1860. La moyenne se situait 10 cm en dessous du modèle de Rochet.

3 Barbillon C. *Op. cit.* p .208.

développement industriel et économique est une idée récurrente, à travers tout le XIX^e siècle. L'enseignement du dessin dépasse donc le cadre strict des écoles de dessin comme en témoigne l'importance donnée à cette discipline à tous les degrés, de l'enseignement primaire aux grandes écoles d'ingénieur. Il doit assurer l'hégémonie du "bon goût" à la française par rapport aux autres nations et surtout à la concurrence anglaise »[(1)].

Afin de satisfaire aux exigences de la lumière, des ombres, et réduire les reflets, le choix est fait de réaliser des moulages sur les antiques, « *parce qu'il est plus facile de reconstituer les demi-teintes, ce jeu subtil d'ombre et de lumière qui souligne le modelé, à partir d'une matière aussi docile à la lumière que le plâtre. Ainsi, pouvons-nous supposer que le plâtre est en partie choisi pour ses qualités actiniques de sorte qu'il offre aux photographes une alternative à la combinaison lumière/marbre* »[(2)].

Assez curieusement les classiques ne trouvent pas grâce aux yeux de Ravaisson et de ses collaborateurs : « *L'Apollon du belvédère, la Vénus de Médicis, le Laocoon et autres statues classiques trop connues, furent fabriquées (…) dans un style conventionnel, suivant un canon de beauté et certaines règles de proportions qui avaient toutes les qualités, excepté les plus importantes, l'étude naïve de la nature et l'inspiration du génie* »[(3)].

La démarche de Ravaisson rompt avec la copie soumise à un hachurage ou un quadrillage préalables et laisse à l'élève sa liberté interprétative. Sa justification est la suivante : « *Les intentions qui ont présidé à la réalisation de ces images étaient de présenter, sans transposition graphique subjective, des exemples de la statuaire antique de manière à proposer aux élèves une nouvelle méthode du traitement du contour et du modelé fondée sur la copie de sujets dépourvus de toute convention préétablie* ». C'est une manière pour Ravaisson de proposer une alternative à la copie servile des hachures et de toute autre convention graphique. Et de poursuivre : « *L'usage de la photographie pour aider l'élève à trouver en lui-même les modes de transposition graphique des demi-teintes et des ombres est pour le moins originale* »[(4)]. Il y a chez Ravaisson une tentative d'échappement au *diktat* du canon, même si cette mise à distance reste timide, puisque les Antiques restent le support d'inspiration des établissements d'enseignement.

Nous trouvons lors de l'exposition des académies de Bruxelles en 1868 une initiative analogue : « *Dans le compte rendu, (…) nous apprenons qu'un certain Van Gogh (oncle*

---

1 Mekouar M. (2005). *Étudier ou rêver l'antique. Félix Ravaisson et la reproduction de la statuaire antique*. Images Re-vues [En ligne], 1/2005, document 6, mis en ligne le 1er septembre 2005. Consulté en mai 2014. http://imagesrevues.revues.org/222.

2 *Ibid*.

3 Comte de Laborde L. (1856). *De l'union des arts et de l'industrie, le passé, l'avenir*. Paris, Imprimerie impériale, p. 210-211.

4 Mekouar M. *Op. cit*. p. 9.

de Vincent), dépositaire de la maison Goupil, expose des photographies d'après des statues antiques qui étaient considérées comme superbes. C'est une des plus heureuses application de la photographie, et ces reproductions si belles doivent remuer profondément l'élève qui a le sentiment de l'art. »[(1)]

L'émergence de la photographie dans l'art dès la fin du XIX[e] siècle préfigure la place qu'elle occupe dans l'époque contemporaine pour ce qui est de la représentation du corps.

L'anthropométrie trouve son origine dans la notion actuelle de taille vestimentaire puisque fondée sur une approche statistique de la distribution des mesures et de leur fréquence dans une population déterminée. Les travaux d'A. Bertillon et d'A. Quetelet en sont deux illustrations particulièrement démonstratives. C. Rochet défend l'idée d'un prototype, sorte d'alliance entre l'esthétique de l'antique et les approches de la science qui porterait à lui seul les caractéristiques universelles de l'homme.

En conclusion de son ouvrage sur les canons du corps humain au XIX[e] siècle, C. Barbillon considère que « *la ligne de partage ne s'établit pas, comme on aurait pu le penser, (…) entre une vision esthétique d'une part, une approche scientifique de l'autre ; elle est plutôt à tracer entre deux types de préoccupations esthétiques qui avait depuis la Renaissance toujours été mêlées : la place centrale que tient la figure humaine dans un art lié à la compréhension du monde à la recherche soubassement ordonné, et donc mathématique, nécessaire à l'art pour qu'il exprime l'universel* »[(2)].

Au début du XX[e] siècle, le courant symboliste, s'opposant au naturalisme, affirme que ce dernier contient tous les ingrédients de la décadence. Au-delà de la condamnation de la prééminence du modèle humain aux dépens d'un canon esthétique, que l'on pourrait qualifier d'en soi, ce qui retient l'attention c'est le refus de toute place d'un modèle esthétique enfoui au fond de la conscience humaine. Le rapprochement des formes géométriques et des rapports de proportionnalité mathématiques construit les caractéristiques artistiques de ce courant. Il s'incarne une synthèse entre la représentation du corps par un idéal réduit aux formes les plus épurées de la géométrie. Toutefois, ce qui bouscule la représentation c'est que l'ordonnancement ne se limite pas au sujet mais à l'ensemble de l'œuvre, le sujet devenant un élément parmi les autres dans des rapports de proportionnalité spécifiques. Il existe une rupture épistémologique par rapport à l'homme de la Renaissance. Ce qui intéresse notre question de l'émergence de l'idéal du corps dans la société actuelle, c'est que le corps est saisi en permanence dans ses rapports avec son « décor ». Il existe une véritable mise en scène des corps.

---

1 Ministère de l'Intérieur, Exposition des académies, écoles des Beaux-Arts et congrès de l'enseignement des arts du dessin, sept.-oct. 1868, Bruxelles, Charles Lelong, 1869, p. 337. In Mekouar M. *Op. cit*. p. 9.

2 Barbillon C. *Op. cit*. p. 257.

L. Époque contemporaine. Déconstruction, disparition, les alignements du corps

L'époque moderne semble brouiller définitivement les représentations du corps humain. Ce constat *a priori* rend douteuse la tentative de chercher le fil conducteur entre la permanence inconsciente d'un idéal du corps depuis les Antiques jusqu'à nos jours. Toutefois nous nous efforcerons de montrer que les différents courants artistiques modernes n'ont pas détruit le canon esthétique du corps dans l'imaginaire collectif dont aujourd'hui les sujets obèses souffrent.

La sculpture au XX^e^ siècle se libère des contraintes esthétiques antérieures. Les Antiques ne sont plus à l'honneur. La transition pourrait s'illustrer dans le travail d'A. Rodin dont la *Porte de l'Enfer*, inspirée de la Divine comédie de Dante, qui est une réponse à la *Porte du Paradis* de Ghiberti qui orne le fronton du Baptistère à Florence. Nombre de personnages rappellent la mise en tension des corps que l'on retrouve chez les maniéristes de la Renaissance : torsion de buste, contraction des cuisses, élancement des bras.

Rodin, la *Porte de l'Enfer* (détail)

Ce travail de Rodin fait dire à P. Sollers : « *Forces de désagrégation qui sont dans le Temps, qui sont la crise dans la traversée du Temps. Pourquoi Rodin a-t-il passé un temps aussi long à faire ce chef-d'œuvre ? Nous revoilà avec Dante, à un moment capital de la représentation. C'est parce qu'il y a une audace dans la représentation que l'on peut mieux saisir ce qui s'est passé dans l'art français* », et d'ajouter que le XX^e^ siècle s'est plus intéressé à l'Enfer qu'au Purgatoire ou au Paradis, en suggérant que « *le Diable pense que tout ce qui existe mérite de périr, et qu'il vaut mieux que rien ne naisse, pour s'en*

tenir au vide. C'est une condamnation de l'être humain, en tant que tel. Il peut parfaire un objectif de destruction. Au XX^e siècle cet objectif nihiliste européen a pris des proportions dans lesquelles on s'embourbe facilement, en s'arrêtant à un effet de terreur »[(1)].

De fait, nous constatons une désarticulation du corps, morcellement cinétique, étirement de la silhouette, massification des personnages, l'artiste est libre, le corps n'est plus représenté pour ce qu'il est mais pour ce qu'il cache, ce qu'il recèle d'obscur dans l'être. Alors, nous pourrions penser que le corps laisserait à ce moment de la création artistique une place à la démesure dans sa représentation statuaire. Se produirait une forme de réhabilitation du corps obèse au même titre que toutes formes de corporéité. Cela ne s'est pas produit et rares sont les œuvres qui nous permettent d'approcher de telles représentations.

À l'opposé, les régimes totalitaires revisitent les Antiques dans la nostalgie des empires et la propagande des corps (race pure, corps-machine productiviste, exaltation guerrière).

La montée du fascisme et des totalitarismes dans les années trente favorise l'émergence d'un art nouveau, grandiloquent, caricatural au service des idéologies. Les corps sont des archétypes de l'énergie, de la force d'airain. L'esthétique est abandonnée au bénéfice d'une allégorie primaire.

On doit surtout au régime nazi une propension à cette revisite des Antiques. Dès 1933, J. Goebbels, ministre du Reich à l'éducation du peuple et à la propagande, a créé le *Reichskulturkammer (RKK),* Chambre de Culture du Reich, afin de promouvoir l'art approuvé par le régime nazi. Le RKK regroupait environ mille artistes adoubés par les instances nazies. Ce retour vers les Antiques était justifié comme un art dépourvu de contamination juive. Il se trouvait ainsi une convergence entre idéologie et justification artistique confondant dans une même représentation l'héroïsme patriotique, l'idéologie et l'histoire de la civilisation européenne.

La figure principale des sculpteurs appréciés par le régime est A. Breker. Bien que ce dernier ne soit pas directement impliqué dans la politique, il répond à de nombreuses commandes du régime. Sa formation classique lui permet de réaliser des œuvres largement saluées par de nombreux artistes lors de séjours à Paris puis à Rome (Cocteau, Fujita, Calder…). Il s'inspire du canon des Antiques en donnant à sa sculpture une énergie différente. *Der Künder 1939* est, de ce point de vue, un exemple particulièrement réussi d'inspiration grecque.

1 Sollers (P.) « L'Enfer, c'est la morale ». *Le Magazine littéraire*. 26 septembre 2006.

A. Breker, *Der Künder 1939*

De nos jours, cependant, quelques artistes produisent une œuvre encore très inspirée par la sculpture grecque ou romaine, ccomme I. Mitoraj qui revisite la statuaire ancienne et ses canons.

I. Mitoraj, *Persée*

La plupart des artistes ont délaissé le modèle en cherchant dans l'abstraction les inspirations nouvelles. Les canons esthétiques du corps ont été repris par les photographes et de façon plus large par la publicité. Même tentative d'imposer une conformité de beauté, même recherche d'une plastique corporelle ou la graisse ne peut siéger. Le corps obèse n'y trouve ni matière à s'exprimer, ni grâce aux yeux des faiseurs d'images. Le modèle antique a fait place au *top model*, ersatz esthétique probable, qui ne laisse aucun espace à la diversité corporelle. Le succès de Fernando Botero est-il fondé sur la reconnaissance d'une beauté différente ou sur un certain goût pour l'exotisme corporel ?

Botero, *Adam et Ève*

Nous avançons qu'il existe une continuité dans la représentation sociale du beau corps, à l'exclusion des autres, depuis le canon esthétique du *Doryphore* de Polyclète. L'inconscient collectif occidental s'est nourri de cette référence au gré des courants artistiques au fil du temps pour le précipiter dans les représentations actuelles de la mode et de ses égéries. L'idéal du corps confronte les individus à une esthétique imaginaire, source de souffrance psychique pour ceux qui s'en trouvent éloignés. L'évolution sociale, par les loisirs et le tourisme, amène le corps à se dévoiler : « *L'exhibition du corps signe la modernité. Le dénuement du corps doit exposer de la beauté et non de l'indécence* »[(1)].

L'exhibition du corps induit des consignes esthétiques, l'épanouissement du corps serait contraire à la distinction. La modernité fait l'apologie de la singularité, se distinguer et être distingué tels sont les enjeux. O. Bardolle au travers d'un stéréotype, « la belle jeune fille », signe un plaidoyer *pro domo* de la graisse. Pamphlétaire, pour étayer sa démonstration, il analyse les dynamiques mises en jeu par les belles jeunes filles afin de maintenir ce qui relève d'un canon du corps féminin moderne. La belle jeune fille, l'hyper-jeune fille « *est engagée avec une image d'elle-même qui ne cesse de se dérober. Cette image est celle d'une beauté parfaite, absolument attractive, et dont on pense qu'elle vous maintiendra au centre du jeu* »[(2)].

---

1 Boëtsch G. (2013). « Le corps entre normes biologiques et normes sociales (conférence du 8 octobre 2013) », *Les nouvelles d'Archimède - La revue culturelle de Lille 1*, oct. 2013. Paraphrase de l'expression de K. Clarke "the naked and the nude", *Le Nu*, Paris, éd. le livre de poche, 1969.

2 Bardolle O. (2006). *Éloge de la graisse*. éd. Jean-Claude Gawsewitch, p. 82.

Il met en scène tous les processus du maintien « en beauté » dans un combat que le temps remportera quoiqu'il advienne. Le *top model* est l'alpha et l'oméga de l'esthétique corporelle contemporaine. Comment se trouve-t-on dans cette évolution idéalisée des morphologies corporelles lorsque son propre corps n'y répond pas ?

M. La représentation des corps hors-norme ou l'anti-modèle

La progression d'un canon esthétique du corps ne s'est pas faite sans que soient explorées d'autres types de représentation du corps. Par la sculpture hors-norme, un contrepoint se dessine pour accompagner ou subvertir l'harmonie du modèle. Les intentions des artistes sont vraisemblablement multiples pour les avoir conduits dans ces zones de l'inspiration corporelle, il serait vain d'en chercher l'exhaustivité. Cependant le grotesque, la laideur, la difformité, les extravagances du corps exercent aussi leur fascination artistique.

Silène veille sur Dionysos, souvent représenté la face plate, le nez épaté, les arcades proéminentes ; ventre mou et rond, il est un archétype de la laideur. Dans *Le Banquet*, Alcibiade compare Socrate au satyre Marsyas puis à Silène ; mais au-delà, c'est de la beauté intérieure de Socrate dont il fait l'éloge[1]. En évoquant les jeunes amants éconduits par le maître, il souligne « *qu'ils rêvent tous, chacun à sa manière, d'ouvrir un jour le Silène pour s'emparer sans coup férir des trésors qu'il contient, trésors de savoir, de sagesse et de beauté intérieure* »[2].

Le schéma simpliste d'opposer la laideur à la *kalogathia*[3] se complique pour prendre en compte que le canon esthétique ne peut se définir que par une altérité opposée ou déviante. Le corps contrefait vient souligner *a contrario* la pureté des lignes du modèle

---

1 « *Il a bien l'extérieur que les statuaires donnent à Silène. Mais ouvrez-le, mes chers convives ; quels trésors ne trouverez-vous pas en lui ! Sachez que la beauté d'un homme est pour lui l'objet le plus indifférent. On n'imaginerait jamais à quel point il la dédaigne, ainsi que la richesse et les autres avantages enviés du vulgaire : Socrate les regarde tous comme de nulle valeur, et nous-mêmes comme rien ; il passe toute sa vie à se moquer et à se railler de tout le monde. Mais quand il parle sérieusement et qu'il s'ouvre enfin, je ne sais si d'autres ont vu les beautés qu'il renferme ; je les ai vues, moi, et je les ai trouvées si divines, si précieuses, si grandes et si ravissantes, qu'il m'a paru impossible de résister à Socrate.* » Platon. Le banquet. Traduction de Dacier et Grou, notes d'E. Chauvet et A. Saisset - Charpentier, Paris (1873) 215a-222a.

2 Meitinger S. (2007). *Éros socratique. Socrate, Alcibiade et les effets de l'amour*. Écrit et dit pour la Journée de l'Antiquité de l'Université de la Réunion, le 25 avril 2007. À noter qu'Érasme consacra un opuscule sur les silènes d'Alcibiade. Traduction, introduction et notes de J.-C. Margolin (1998). Paris, coll. « Le corps éloquent », éd. Les belles Lettres.

3 De *kalos* (« beau ») et d'*agathos* (« bon », mais le mot recouvre une série de valeurs positives). Il a été observé que l'être *kalos* et *agathos* définissait peu ou prou ce qui allait devenir, chez les Anglo-saxons, la notion aristocratique de *gentleman.* In U. Eco. (2007). *Histoire de la laideur*. Éd. Flammarion. p. 23.

antique. Le contraste n'échappe pas à l'artiste du temple de Selinonte où Persée tue Méduse. Outre les visages, les deux corps s'opposent. Si Persée garde une certaine élégance, le corps de Méduse est lourd, presque grossier.

Persée tuant Méduse

Chimères, gorgones, satyres, centaures peuplent les temples et les demeures antiques. Puis vient, avec le Moyen Âge, le temps des diables, des gargouilles, des créatures de l'enfer, figures du tourment éternel, exaltation des peurs ancestrales de la monstruosité. Dionysos, dieu de la jouissance et de l'intempérance, se célèbre par des mosaïques corporelles, constructions tout droit sorties de l'imaginaire des hommes, assemblages improbables de sabots, de griffes, de plumes de poils, de cornes, de queues. Lucifer a aussi ses thuriféraires monstrueux. « *Qui n'a jamais été frappé par la vie et la malice des animaux et des monstres qui peuplent les frontons de pierre de nos églises ? Puisant à la fois dans l'imaginaire et dans l'observation la plus fine de la nature, les imagiers du Moyen Âge ont, avec eux, raconté les vices et les vertus des hommes, symbolisé les mystères de la vie et de la mort, du paradis et de l'enfer. Mais qui sait encore lire ces livres de pierre ?* »[(1)]

Se côtoient, dans le bestiaire chrétien, animaux paisibles, d'un environnement connu, et figures étranges et menaçantes. Dans la zoologie médiévale, dont les symboles frappaient les consciences, « *la frontière est floue qui sépare les animaux réels des animaux chimériques et les animaux domestiques des animaux sauvages. Le Moyen Âge est très bavard sur l'animal* »[(2)]. Il trouve son équilibre entre un héritage néoplatonicien de l'univers s'appuyant sur la Genèse qui apprenait aux Pères de l'Église qu'au sixième jour de

1 Ripert P. (2010). *Le bestiaire des cathédrales : imagerie de la statuaire médiévale, symbolique des monstres, gargouilles et autres chimères*. Nîmes, éd de Vechi.

2 Pastoureau M. (2011). *Bestiaire du Moyen Âge*. Paris, éd. Le Seuil.

la Création, Dieu avait fait tout ce qui était bon[1], et la face obscure du monde des bannis, saisis dans la colère divine : « *Et après cela ils tomberont sans honneur, et seront parmi les morts dans une ignominie éternelle; car Dieu les brisera, Il réduira ces orgueilleux au silence, et Il les ébranlera de leurs fondements, et ils seront plongés dans la dernière désolation. Et ils gémiront, et leur mémoire périra* »[2].

Lumière et ténèbres s'entrechoquent dans les représentations statuaires du Moyen Âge, mais « *quel est donc cet esprit de ténèbres, homme, serpent ou dragon, qui plane à tous les horizons du passé* » [3] qui se mêle aux anges sur le fronton des cathédrales ? Pour Saint Augustin la laideur contribue à l'ordre de la nature car « *elle (la nature) n'a pas voulu qu'ils (les boureaux, les prostituées, les souteneurs,…) manquent parce qu'ils sont nécessaires* ». La beauté conjugue la mesure, la forme et l'ordre, l'harmonie entre ces trois éléments définit la beauté. Nous sommes dans un pancalisme[4] néoplatonicien qui voit le monde dans une aspiration permanente à la beauté.

Avec la Renaissance apparaît un intérêt pour les physiques curieux. Les grotesques antiques, remis au goût du jour, fleurissent aux plafonds des palais et se mêlent aux *putti*. Le Moyen Âge n'avait pas abandonné le genre, mais le travail du sculpteur était éloigné de celui de l'Antiquité. Le mot apparaît au XV^{e} siècle lors de la découverte de décors peints sur les murs de maisons romaines enterrées (semblables à des grottes), à Rome et dans sa campagne. Ce style de représentation de petits démons, têtes de faunes et corps de nymphes stylisés, entourés de dorures et d'arabesques fines est en vogue durant une bonne partie de la Renaissance italienne. Une petite statuaire complète les dessins et ornements des murs et des plafonds qui constituent l'essentiel de la *grotto art*. Les canons sont abandonnés au profit de l'originalité décorative.

Le maniérisme par sa liberté créatrice, appuyée d'un engouement pour le nanisme dans les cours, met en scène quelques personnages achondroplastes dont le *nano Morgante*, personnage célèbre de la cour de Cosimo de Médicis. C'est dans les jardins de Boboli au palais Pitti à Florence que l'on trouve une étrange composition de marbre blanc ornant la fontaine de Bacchus : Morgante juché sur une tortue. Ce personnage de la cour de Côme de Medicis représenté par le peintre A. Bronzino, comme le souligne T. Saffioti, avait

---

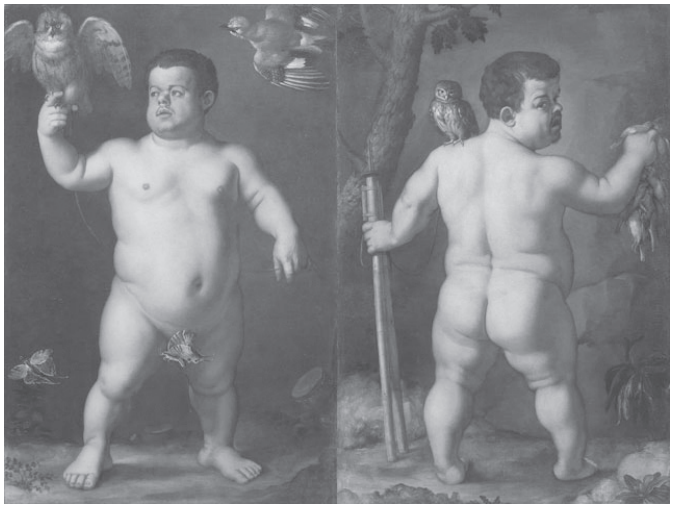
1 « Et Dieu vit tout ce qu'il avait fait : c'était très bon. Il y eut un soir, il y eut un matin : ce fut le sixième jour ». Bible ; la Genèse, www.eglise.catholique.fr/...et.../ce-que-dit-la-bible--genese-1-2631.html

2 La Sainte Bible, Le livre de la sagesse, Texte latin et trad. française : L-Ch. Fillion, 1889. Librairie Letouzey et Ané. sg 4,19

3 Louarne Ch. (1842). « Le Diable, sa vie, ses mœurs et son intervention dans les choses humaines ». *La Revue des deux mondes*. 4^{e} série, tome 31, chap. 1, § 1.

4 Pancalisme *:* théorie qui consiste à concevoir le beau comme la norme catégorique d'où dépendent toutes les autres, et le réel comme l'ensemble de ce qui est organisé sous la forme esthétique (Lal. 1968).

la réputation de boire et de manger beaucoup[1]. Cette œuvre du personnage nu est « *un portrait et un témoignage anatomique de difformité des nains (…).La présence des nains au cœur d'un ouvrage, miroir de cas monstrueux, renvoie à un idéal de classification* »[2].



Bronzino, *Nano Morgante*

Le baroque met en scène une statuaire d'inspiration bien plus étrange encore. Les jardins de la famille Orsini à Bomarzo en proposent un florilège démonstratif. Mélange de bestiaire, de dieux, de héros, de gueules menaçantes, les jardins ménagent de nombreuses surprises extravagantes : éléphant, baleine, cerbères, ogre. Le corps de Neptune s'échappe des proportions académiques pour se répandre presqu'au sol, tout comme ceux de la sirène ou d'Hercule. Les artistes ont privilégié le fantastique à l'académisme de l'époque. La période classique laisse place, de façon marginale, à la statuaire de l'hors-norme.

La *Porte de l'Ogre* (jardins de la famille Orsini à Bomarzo)

1 Saffioti T (2009). Gli occhi della follia. Giullari e buffoni di corte nella storia e nell'arte. Book Time, Milan.

2 Portmann M (2014). « Le corps des nains dans l'art italien de la renaissance. Histoire des sciences médicales ». *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine*. T XLVIII-N°1-2014. P. 31.

À la fin du XVIII[e] siècle, J.-C. Lavater publie *L'art de connaître les hommes par la physionomie*[(1)], traité qui rapproche le sens moral et les traits du visage. Ce travail est à rapprocher de celui de C. Lombroso qui, un siècle plus tard, publie *L'Uomo deliquente* (l'Homme criminel)[(2)] où il soutient une théorie du criminel-né dont il est possible d'identifier des caractéristiques morphologiques du crâne. Il s'ensuit une taxonomie des boîtes crâniennes en relation avec le devenir criminel des sujets. L'une et l'autre de ces théories provoquent l'engouement du public et donnent lieu à des débats très vifs chez les scientifiques. Cette approche de la physiognomonie trouvera des résurgences dans les théories raciales du nazisme.

L'approche physiognomonique n'est pas née avec Lavater puisqu'on la trouve chez Platon, Aristote, Hippocrate, en ce qui concerne les Anciens, mais aussi, plus tard, chez Montaigne ou Balzac. D. Lebreton remet en cause ces théories d'interprétation des traits du visage comme miroir de l'âme : « *Démasquer l'autre, trier de son visage l'accessoire de l'essentiel, repérer ses sentiments réels, dévoiler l'âme sous les artifices du corps, telle est l'entreprise ambiguë à laquelle se vouent les physiognomonistes* »[(3)]. Nous pouvons établir un rapprochement entre ces théories et la discrimination subie par les personnes en obésité lorsque leur apparence physique et des défaillances intellectuelles, affectives ou comportementales sont amalgamées.

C'est au XIX[e] siècle que les artistes se libèrent des canons pour des recherches plastiques plus nouvelles en quête d'un symbolisme ou d'un réalisme différents. Cette échappée vers des horizons inexplorés conduit à des œuvres dans lesquelles le beau n'est plus le fondement. Nous en trouvons des exemples avec *L'hiver* d'A. Rodin ou avec *L'âge mûr* de C. Claudel, où les corps portent les stigmates du temps.

---

1 Lavater J.-C. (1775-1776) *L'art de connaître les hommes par la physionomie*. Nouv. éd. - Paris. Depélafol (trad. 1820).

2 Lombroso C. (1876) L'Uomo delinquente. *L'homme criminel, criminel-né-fou moral- épileptique*. Ancienne librairie Germer Baillière (trad. C. Letourneau 1887). Paris.

3 Le Breton D. (1992). *Des visages. Essai d'anthropologie*. Ed. Métaillé. (Ed. 2003). p.76.

Rodin, *L'hiver*

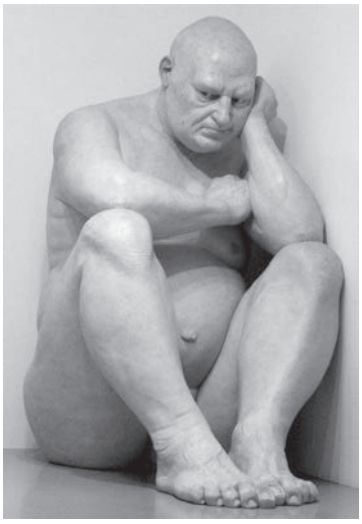
C. Claudel, *L'âge mûr*

A. Maillol donne sans doute l'expression la plus généreuse de la mise en scène de la chair avec sa *Vénus*, voluptueuse presque opulente, ou peut-être plus encore, avec les *Trois Grâces* et l'*Aube*, deux œuvres qui valorisent, ô combien, l'épanouissement du corps féminin.

Maillol, *L'aube*

C'est l'époque contemporaine qui rompt le plus radicalement avec l'idée du beau comme principe de l'œuvre. Le réalisme, voire l'hyperréalisme, le travestissement du réel deviennent les fondements de la création sculpturale. Il n'est plus question de canon – à entendre comme les rapports idéaux de proportionnalité des parties du corps humain –, l'espace créateur de l'artiste lui confère des libertés expressives audacieuses. Les preuves en sont multiples ; Giacometti et ses silhouettes fantomatiques, Botero et son inspiration puisée dans l'univers des divinités mayas ou aztèques.

Deux sculpteurs contemporains retiennent particulièrement l'attention : R. Mueck, inscrit dans un courant hyperréaliste et dont les formes des personnages sont saisissantes, et l'australienne P. Piccinini, qui amène ses représentations anthropomorphiques vers un monde étrange proche de l'horreur pour certains, de la poésie pour d'autres. Dans l'œuvre de cette artiste, le corps est souvent gros, d'une mollesse suggérée, monstre et obésité se côtoient, les visages donnent une expression d'irréalité effarée ou d'absence.



R. Mueck, *Sans titre*

P. Piccinini, *Undivided* (2005)

N. La fusion entre norme et beauté

La valorisation d'un idéal du corps dans nos sociétés occidentales n'est pas une construction récente, même si jamais sans doute dans l'histoire de l'humanité l'idéal du corps élancé n'a été aussi fort et jamais le nombre de personnes échappant à ce modèle n'a été aussi important[1]. Cet idéal trouve son fondement dans les tentatives successives des artistes à élaborer un canon esthétique universel. Les ouvrages pour en asseoir de façon plus ou moins définitive les critères témoignent de cet objectif. Il s'est fait, à mesure du temps, une inscription dans l'inconscient collectif. Il s'est constitué de façon progressive un pouvoir esthétique, c'est-à-dire « *un pouvoir propre au sensible : pouvoir d'expression et de résonance, non limité à l'art* stricto sensu *et non réduit au beau. Ce pouvoir se situe en amont et en aval de l'art : en amont, comme ce dont l'art s'empare pour le fixer, l'épurer, le transformer ; en aval, comme ce qui "recomprend" l'art, en déploie la portée, l'incorpore à la vie et finalement, élargit et modifie notre idéal du réel* »[2].

1 Beck F., Maillochon F. (2014). « Corpulence et poids de l'image ». In *Le poids du corps à l'adolescence*. Albin Michel. p. 69. D'après T. de Saint Pol. *Le Corps désirable - Hommes et femmes face à leur poids*. PUF (2010).

2 Saint Girons B. (2009) *Le pouvoir esthétique*. Le philosophe. Ed. Manucius. p. 34-35.

Si l'on en croit B. Saint Girons, l'esthétique aurait vocation à sourdre en-deçà et au-delà de l'œuvre artistique ; elle constituerait un phénomène qu'il conviendrait de vivre, d'expérimenter au travers du sensible de son être. « *L'existence et l'univers ne sont éternellement justifiés qu'en tant que phénomène esthétique* » [1] ; s'opposent dans cette représentation du monde les traits distinctifs de l'esprit apollinien face au dionysiaque.

La démesure du corps obèse, parce qu'il fait rupture avec ce qu'il est commun de considérer comme un idéal des volumes et des formes, perturbe l'image apollinienne de la corporéité ; l'obésité remet en question la définition de la norme et de l'esthétique, pour voir et penser le bizarre. En chamboulant l'ordonnancement imaginaire des corps, l'obèse transgresse au premier titre le fantasme du modèle comme norme, mais plus encore celui de la beauté du fait du glissement de la norme vers le beau : « *L'obésité a une influence fâcheuse sur les deux sexes en ce qu'elle nuit à la force et à la beauté. (…) L'obésité nuit à la beauté en détruisant l'harmonie de proportion primitivement établie* »[2].

Se crée une aspiration collective vers un idéal du corps, une esthétique, qui devient la norme et dont les plus corpulents sont privés tant le chemin à parcourir pour y parvenir est long. « *Depuis la Grèce antique il existe un canon de beauté, mais ce qui m'inquiète c'est l'authenticité du canon de beauté d'aujourd'hui* »[3]. Peut-on parler d'idéal totalitaire tant il suscite des doute sur sa validité, y compris chez des jeunes femmes très minces en conformité avec lui ? Il s'agit bien d'ajuster « *au mieux son corps sur le corps-mesure* », même si « *ce modèle qui se pose inévitablement comme repère de conformité, et qui en ce sens a une valeur socialisante, ne peut prétendre uniformiser toutes les morphologies, à tous tempéraments, faire fi des prédispositions personnelles* »[4]. M. Marzano rappelle « *que l'image idéale du corps que l'on cherche habituellement à atteindre n'est souvent rien d'autre que l'image culturelle que nous sommes censés accepter. (…) Le modèle du corps idéal a la prétention de s'imposer aux agents moraux qui deviennent aussi esclaves de l'idéal. Ils n'agissent plus de façon autonome, mais sont plutôt "agis" par l'idéal* ».[5]

La norme pondérale, confondue avec le modèle, multiplie les messages d'appel à l'élimination pour « *imposer sans relâche le dégraissage du corps, mais qui plus encore se renforce en "désubstantialisation" du corps* »[6].

La mainmise de cette représentation collective idéalisée du corps qui répond à des impératifs de norme construit une double disqualification pour l'obèse, celle de faire rupture

---

1 Nietzsche F. (1872). *La naissance de la tragédie.* Coll. Médiations. Ed. Gonthier (1969). p. 42.

2 Brillat-Savarin J.-A. *Op. cit*. p. 222-223.

3 Bardolle O. *Op. cit.* Témoignage d'Elsa (20 ans, étudiante en histoire de l'art, mince), p. 126.

4 Durif-Bruckert C. *Op. cit*. p. 165-166.

5 Marzano M. (2012). *Penser le corps*. Question d'éthique. Paris, PUF.p.34.

6 Durif-Bruckert C. *Op. cit*. p. 163.

avec une image de conformité du corps à cet idéal et la suspicion qui pèse sur lui de ne pas avoir fait les efforts suffisants pour s'y conformer. L'inconscient collectif, dans cet affrontement de valeurs, ne laisse aucune place à la masse du monolithe face aux proportions du Doryphore, en même temps que s'opposent glorification de la maîtrise et disqualification du laisser-aller. Alors que les individus ont tous les moyens d'être les propres sculpteurs de leur corps, qu'il suffit d'en avoir la volonté pour le faire, pourquoi les obèses « *ne s'en sont pas donné la peine ?* » [1].

Le corps-modèle, incarné (ou plus proprement désincarné), impose sa puissance normative. Le *top model* brille au firmament d'un impossible et impose, dans un fantasme, individuel et collectif, quotidiennement renouvelé, un idéal tyrannique et destructeur, dans lequel même le commun est aspiré : « *La dictature de l'image du corps n'est pas seulement une construction individuelle. Elle est aussi un fait social, collectivement élaboré* »[2].

Nous verrons comment la tyrannie de l'idéal du corps vient bouleverser chez les patients en obésité les relations entretenues avec l'image de leur corps mais plus encore avec les liens sociaux dont ceux engagés avec le médecin.

1 Durif-Bruckert C. *Ibid*. p. 175

2 Grangeard C. (2014) *Faim de régime*. In *Le poids du corps à l'adolescence*. Albin Michel. p. 44.

Chapitre 2
Les concepts en œuvre

A. De la pléthore à l'obésité maladie

L'intérêt des médecins pour l'obésité n'est pas récent même si sa définition en rapport à une norme est un concept moderne. Nous proposons d'envisager ici l'évolution des représentations de l'obésité de l'Antiquité à nos jours. Il ne s'agit pas d'être exhaustif mais de se demander comment s'est construite une préoccupation autour de l'obésité. Comment, partis de l'embonpoint, avons-nous créé une norme qui classe les individus selon leur corpulence ? Comment l'idée de peser les individus s'est-elle fait jour ?

A. Basdevant souligne à propos d'Hippocrate qu'il associait à l'obésité un « *risque accru de mort subite* »[1], inquiétude partagée par Galien qui fit la première description de la polysarcie *(πολυσαρκία)* [2], un trop de corpulence, d'embonpoint.

Si l'excès de poids avait retenu l'attention d'Hippocrate, il convient d'y ajouter les préoccupations relatives à l'alimentation en bonne place dans les ouvrages de l'École de Cos tant sont nombreuses les allusions à *la dieta*[3] et aux vertus de l'alimentation pour se maintenir en bonne santé : « *Que l'aliment soit ta seule médecine* ». Dans le chapitre « Du régime salutaire », Hippocrate prodigue quelques conseils : « *Pour perdre ou gagner de l'embonpoint, les gens gros et tous ceux qui veulent devenir plus minces doivent faire à jeun toute chose laborieuse* » ; certains de ces conseils sont plus étranges : « *On ne prendra pas de bain, on couchera sur un lit dur, on se promènera nu autant qu'on pourra*».[4] Si l'obésité est source de risque vital, la *dieta* n'est pas présentée comme une solution pour réduire le risque de mort subite : les *Aphorismes* où figurent de nombreuses propositions pour adapter son alimentation en fonction de pathologies chroniques ne font pas de lien entre celles-ci et l'embonpoint.

---

1 Basdevant A. (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris, Médecine Sciences publications, éd. Flammarion-Lavoisier, Chap. 1 : Définitions des obésités, p. 3.

2 Maccary A. (1811). *Traité sur la polysarcie*. Paris, éd. Gabon, p. 34.

3 En grec ancien : δίαιτα à l'origine du latin *diaeta,* puis *dieta* en latin médiéval et que l'on assimile au mode de vie, au régime de vie. Plus tard, après la Renaissance, son emploi sera réservé à un usage plus médical avec une acception de contrôle, voire de restriction.

4 Hippocrate. *De l'art médical*. Chap. « Du régime salutaire ». Trad. Littré E. Paris, Bibliothèque classique, éd. Le Livre de poche. (1994), p.159.

Pour Galien, qui reprend Hippocrate, la pléthore est associée à un excès d'humeurs dont le remède est la saignée, tandis que les purges sont censées résoudre la cacochymie ou altération des humeurs. D. Gourévitch et M. Grmek soulignent que « *dans la littérature grecque et romaine, l'obésité a mauvaise presse car elle est considérée comme le châtiment d'un genre de vie. Il se constitue un stock de cas historiques destinés à faire rire ou à provoquer une impression de dégoût servant de rappel à l'ordre pour tous ceux qui auraient tendance à mener une vie d'excès alimentaires et de débauche sexuelle* »[(1)].

Le préjugé qui associe corpulence excessive et mollesse morale présidait déjà à la représentation de l'obésité : le stoïcien Posidonius[(2)] dit de Ptolémée, septième roi d'Égypte : « *À cause de la mollesse de sa vie, il avait complètement ruiné l'apparence de son corps par sa corpulence et la grosseur de son ventre qu'on avait du mal à embrasser* »[(3)].

L'Occident n'a pas l'apanage du discours sur l'alimentation et la santé. La médecine égyptienne n'est pas ignorante de cette réflexion, ce que relève une inscription sarcastique sur une pyramide : « *Un tiers de la nourriture que nous absorbons sert à nous nourrir, les deux autres tiers à nourrir les médecins* »[(4)]. L'inscription garde sa pertinence si l'on en juge par le nombre actuel de Diafoirus de l'amaigrissement.

La notion d'obésité comme maladie n'est pas une entité spécifique pour Hippocrate et Galien, tout au plus une complexion particulière.

La théorie thermodynamique a permis de proposer les premiers régimes dégagés de l'empirisme, même s'il faut noter que la médecine galénique proposait déjà le traitement de l'excès par la « vidange ». Nous retrouvons dans cette représentation l'un des modèles étiologiques proposés par F. Laplantine, l'additif et le soustractif [(5)]. La relation du trop-plein au vide comme propre à générer des effets contraires perdure dans les représentations contemporaines du traitement de l'obésité, au moins dans le discours profane, mais aussi parfois dans celui des médecins : cesser de remplir pour favoriser la perte. Il suffirait de restreindre sa nourriture pour perdre du poids, le tout réduit à une arithmétique simpliste des contraires entre le plein et le vide. La thérapeutique selon Galien procédait précisé-

---

1 Gourévitch D, Grmek M. (1987). « L'obésité et ses représentations figurées dans l'Antiquité ». VII[e] Rencontres internationales d'archéologie et d'histoire, Antibes, octobre 1986, éd. A.P.D.C.A., Juan-les-pins (1987), p. 357.

2 Posidonius d'Apamée (Posidonios), né à Apamée (nord de la Syrie actuelle) vers 135 av. J.-C. et mort à Rome vers 51 av. J.-C., devint le sixième scolarque du Portique, à la mort de son maître, Panétios de Rhodes, en 112 av. J.-C. Après de nombreux voyages, il se fixe à Rhodes, où Cicéron et Pompée vinrent, dit-on, entendre ses leçons.

3 Gourévitch D, Grmek M. (1987). *Op. cit.,* p. 357.

4 Si la notation est amusante, la référence exacte est incertaine.

5 Laplantine F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris, coll. « Bibliothèque scientifique », éd. Payot (1992). Ch. III, p. 109-114. Sur ce point nous retrouverons plus loin différentes approches étiologiques des maladies dont le modèle exogène/endogène.

ment de cette théorie : « *contraria contrariis curantur ».* Au-delà de la thérapeutique de la pléthore, on retrouve chez Galien une association d'ordre moral dans les relations entre les mœurs, le mode alimentaire, le caractère et l'âme de l'individu. Il associait l'obésité à un manque de discipline personnelle. Ce préjugé d'un rapprochement des comportements alimentaires, des mœurs et des caractères participe encore très largement de nos jours, nous y reviendrons, à la structure des représentations sociales touchant les personnes en obésité : « *Le gros devient l'être des inaptitudes : celui des mollesses et des inerties* »(1).

1. L'embonpoint : approche des formes sans la pesée

Dès l'Antiquité, l'excès de corpulence a retenu l'intérêt des médecins, allant jusqu'à ébaucher un lien entre cet excès et un risque pour la santé. Cette préoccupation n'a cependant pas une place prépondérante dans les ouvrages de médecine. Car l'obésité n'a longtemps touché qu'une minorité d'individus, pour l'essentiel ceux qui exerçaient les fonctions du pouvoir politico-militaire ou ecclésiastique. La primauté du modèle agraire avec le travail aux champs, l'absence de mécanisation du travail, l'espérance de vie assez faible – statistiquement, la corpulence croît avec l'âge pour régresser dans le grand âge – sont autant de causes de cette faible prévalence. Mais pas seulement : à l'exception des puissants, le rapport du mangeur à la nourriture a longtemps relevé d'une pure nécessité énergétique, sans fantaisie alimentaire, dont le choix se limitait à la production saisonnière des terroirs ; seules les fêtes religieuses ou privées échappaient à cette monotonie. Les échanges de denrées alimentaires participeront progressivement et tardivement à la diversification alimentaire du plus grand nombre. Si les échanges relatifs aux épices, au vin, à l'huile sont ancestraux, ceux touchant de nouvelles denrées sont plus récents. Il faut attendre les XII^{e} et XIII^{e} siècles et la puissance des cités italiennes et, dans une moindre mesure, catalanes, pour que le commerce, à grande échelle, de denrées moins habituelles voit le jour dans le grand espace méditerranéen. C'est le cas du blé de Crimée, des régions danubiennes ou de Sicile, du sucre de canne originaire des anciennes régions de la Mésopotamie. Au Nord, le commerce des denrées alimentaires touche plus particulièrement les grains, blé du Nord de la France ou des régions rhénanes, beurre de la Hollande et de la Scandinavie, ainsi que le hareng, sel de Saxe ou du Limbourg(2). Des liens se tissent très tôt entre les commerçants de la Méditerranée et ceux du Nord qui fondent un peu plus tard les villes de la Hanse.

---

1 Vigarello G. (2010). *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, éd. Le Seuil, p. 11.

2 Balard M., Genet J.-P., Rouche M. (2011). *Le Moyen Âge en Occident*. Paris, coll. « Histoire de l'Humanité », 5^{e} éd., Hachette supérieur, p. 157-158.

Les échanges s'intensifient, mais la nourriture reste pour le plus grand nombre issue des cultures vivrières et des produits régionaux.

La dimension festive de la nourriture est, quant à elle, le plus souvent en relation avec les fêtes religieuses et reste en Occident jusqu'au XVII^{e} siècle l'exception face à l'ordinaire nutritionnel. À propos des festins, Louis XIII promulgue en janvier 1629 un édit pour les limiter, quel qu'en soit le prétexte – même les noces ou les fiançailles – afin de maintenir la paix publique après que la France a subi un appauvrissement de la production de ses denrées alimentaires, épuisée par les guerres successives et la quantité de terres restées incultes. Il n'était pas acceptable d'afficher une quelconque aisance alimentaire. Cet édit précise le nombre et la qualité des plats à servir en cas de festins. La police du Roi devait sévir si les conditions des 26 articles n'étaient pas respectées[1].

Le développement des échanges commerciaux en Europe, l'enrichissement des marchands, l'émergence d'une classe de lettrés, indépendante de l'Église et de la noblesse, au travers d'une société laïque (marchands, juristes, magistrats, notaires) modifient la place du repas dans l'économie quotidienne. La table devient un lieu d'expression et du paraître de sa position sociale : « *La table en France devient au XVII^{e} siècle un terrain de compétition sociale et la société de cour, le modèle de référence*»[2]. Cependant, et jusqu'au XX^{e} siècle, les paysans et les ouvriers gardent un environnement nutritionnel stéréotypé et peu diversifié, en partie parce que la représentation du corps est fixée à un corps-machine ; la nourriture est perçue comme un carburant nécessaire à son bon fonctionnement. Les ressources vivrières restent régionales, déterminées par le terroir et rythmées par les saisons. Le repas n'a d'autre valeur que celle de pourvoir aux besoins énergétiques du sujet. Nourriture et besogne sont étroitement liées ; même si manger procède d'une construction sociale, celle-ci est en prise quasi unique avec la productivité du travail.

La gourmandise est un des sept péchés capitaux. Le clergé régulier dès le Moyen Âge prêche la continence ; la tempérance alimentaire est signe de vertu. L'aveu de la faute alimentaire profilerait d'autres excès. L'ascèse est au cœur du discours religieux, les nourritures et leur abondance sans fin sont remises aux espérances et promesses paradisiaques. Le jardin d'Éden et ses jouissances se méritent par la piété, le contrôle, le jeûne. Tout ceci relève de la règle, mais souffre l'exception, T. de Chobbam le montre en proposant au XIII^{e} siècle des « pénitences de substitution » pour ceux dont le statut rendrait l'abstinence difficile[3]. Accommodement avec le réel des lieux et des gens. Le

---

1 De la Mare N. (1729). *Traité de la Police, où l'on trouvera l'histoire de son établissement…* Amsterdam, éd. Aux dépens de la Compagnie, p. 396-397.

2 *La Fabrique de l'histoire*. http://www.franceculture.fr/emission-histoire-du-repas-44-2010-01-07.html.

3 Cassagrande C., Vecchio S. (2003). *Histoire des péchés capitaux au Moyen Âge*. Paris, éd. Aubier, p. 223-224 (cité par Vigarello G (2010), *op. cit.* p. 41.)

« *glouton médiéval* »[1], à l'heure des disettes et des privations, l'ingurgitation à l'envi de nourritures, procèdent d'un fantasme collectif d'abondance, d'approvisionnement sans restriction : « *L'imaginaire s'enchante du cumul* »[2]. Mais la tranquillité d'un ventre plein ravit parfois le poète : « *Accablé de paresse et de mélancolie, je rêve dans un lit où je suis fagoté, comme un lièvre sans os qui dort dans un pâté.* (…) *Que je crois que les biens me viendront en dormant, puisque je vois déjà s'en enfler ma bedaine* »[3]

Les fabliaux illustrent les temps de la privation subvertis et comblés par le fantasme de toutes les abondances. Mais le mangeur repus n'est pas pour autant toujours synonyme d'une félicité bienheureuse ou débonnaire. Dans le *Dit du buffet*, un des personnages est précisément un être vil, ainsi décrit : *« Il est félon et lâche, parjure et plein de tous les vices mauvais. Sachez qu'il n'était guère plaint par ceux qui venaient au château lorsqu'il advenait quelque ennui, tant il était rempli de méchanceté. Car ce méchant homme, comme un porc, s'engraissait, s'emplissait la panse en buvant du vin à la dérobée, en mangeant gras poulets et nombreux poussins. »* [4]

Là encore pointe le lien entre le ventre et le vice. La longue période médiévale est faite de contrastes ; dans le *Roman de la Rose*[5], après avoir chanté les avantages du corps de la jeune épousée et sa disponibilité amoureuse (« *Et comme bonne baisselete, teingne la chambre Venus nete ; S'ele est preus et bien enseignie, Ne lest entor nule iraignie* » [6]), on en vient à dérouler ses vertus de table et d'hôtesse toutes en générosité pour autrui mais en retenue pour elle-même :

« Et quant ele iert à table assise,
« Face s'el puet, à tous servise.
« Devant les autres doit taillier,
« Et du pain entor soi baillier ;
« Et doit por grace deservir,
« Devant le compaignon servir
« Qui doit mengier en ses escuele :

---

1 Vigarello G. *Op. cit*. p.18.

2 *Ibid*. p. 21.

3 De Saint-Amant M.-A. G. (1630). *Le paresseux*. Les œuvres du sieur de Saint-Amant. Augmentées de nouveau. À Lyon, chez la veuve Jacquemetton (1643). Fol. 46.

4 *Le dit du buffet*. Adaptation de l'original en ancien français par J. Vereecque ; tome 3 de Montaiglon p. 201-208 in *Recueil général et complet des fabliaux des XIII^e^ et XIV^e^ siècles*. T. 6 publ. par M.M. Anatole de Montaiglon et Gaston Raynaud. Paris, éd. Librairie des bibliophiles, 1872-1890..

5 « *Le Roman de la Rose est un Art d'amour. Cette littérature galante a dû naître avec le XII^e^ siècle* ». Origines et sources du « Roman de la Rose » : thèse pour le doctorat, Faculté des lettres de Paris. Ernest Langlois. Ed. E. Thorin. (1890).

6 De Loris G., De Meun J. *Le Roman de la Rose*. Corrigé et annoté par Méon M. Paris, éd. Didot, vol. 2 (1814), p. 439.

« Devant li mete cuisse, ou êle,

« Ou buef, ou porc devant li taille,

« Selonc ce qu il auront vitaille,

« Soit de poisson, ou soit de char… »[1]

Toutefois, la demoiselle devra se garder d'enfourner, de boire si la bouche est pleine, de se tacher, d'oindre ses doigts de trop de graisse ; les manières sont au rendez-vous d'une table généreuse pour son seigneur et pour les convives, mais il y a déjà des manières qui ne sauraient épargner les jeunes femmes. La contrainte des corps n'est pas dépourvue de sexisme. Le repas s'organise avec ses codes et ses rituels.

Au-delà des libations sans contraintes du mangeur repu se révèlent les aspirations métaphoriques de gourmandise des savoirs. Si Gargantua est un glouton, il personnifie les avidités de la connaissance ; Rabelais crée des personnage issus des mythologies qu'il fait entrer de plain-pied dans le courant de l'humanisme dont l'appétit de connaissances est sans limite ; la jouissance s'invite au banquet de la vie. On rapprochera de la fresque rabelaisienne *Le combat de Carnaval et Carême* de Pieter Brueghel qui met aux prises Carnaval, représentant Mardi-Gras, juché sur un tonneau, ventripotent, embrochant un poulet et, lui faisant front, un Carême hâve, de triste vêture, présentant un poisson, signe de jeûne et de restriction. Le tableau est une représentation métaphorique, entre libations et restrictions, de la vie et la mort dont la nourriture serait l'arbitre.

Brueghel, *Le combat de Carnaval et de Carême* (détail)

G. Vigarello souligne qu'au XVI[e] siècle *« la sensation du trop s'affine, se diversifie, même si l'enquête sur cette pléthore fait encore difficilement le partage entre la seule*

1 *Ibid*. p. 442.

présence du sang, celle de la graisse, celles des humeurs »[1]. La distinction d'entre les causes ne se fait pas encore, seul l'énorme, pour ce qu'il a d'exceptionnel, se distingue de la norme. En l'absence de mesures chiffrées, les mots tentent de distinguer les situations : gros, très gros, rondelet, grassouillet, grasset, grasselet, dodu, ventripotent, pansard, pansu, ventru, gastrophorique...

Jusqu'au XVIII^{e} siècle, l'embonpoint est signe de santé et de force, mais à cette époque s'effectue un glissement de sens qui l'assimile à un excès de corpulence : « *Elle n'avait pas dans ses mouvements la pesanteur des femmes trop grasses ; son embonpoint ni sa gorge ne l'embarrassaient pas, et on voyait cette masse se démener avec une vigueur qui lui tenait de légèreté* »[2]. L'obésité se rapproche progressivement de l'idée d'une consommation excessive d'aliments, même si la nature de ces aliments est diverse pour expliquer le phénomène. En écho, la maigreur, l'étisie ne trouvent pas plus facilement leurs définitions. Tout reste affaire de coup d'œil, la pesée n'a pas encore fait son entrée.

C'est à la fin du XVIII^{e}, et plus encore au XIX^{e} siècle, que l'obésité se substitue au terme de corpulence. Si le terme apparaît dès 1550, son usage médical est souligné par Furetière dans l'édition de 1701 : « *Terme de médecine. État d'une personne trop chargée de graisse ou de chair* ». Définition appuyée par l'anatomiste F. Boissier des Sauvages qui souligne que l'obésité *« est cette maladie où le corps est défiguré par une trop grande quantité de graisse* »[3]. Mais l'obèse est-il seulement affecté par cet excédent de graisse ? La reine, femme du roi Louis-Philippe d'Orléans, dira de ce dernier : « *Mon cochon est une immense masse de chair qui mange, qui boit, mais qui débande*». En une seule phrase, *« elle décrit non seulement ce qu'est l'obésité, mais également ses conséquences. L'attention portée au gros et au très gros s'est à nouveau déplacée : le gros n'est plus un simple balourd inculte ou incapable, il peut être un personnage inutile, improductif.* »[4]

Le XIX^{e} siècle confère le statut de maladie à l'obésité en s'appuyant sur les premières théories énergétiques qui mettent en évidence un déséquilibre entre les entrées et les dépenses. Les scientifiques n'ont pas l'exclusivité de l'approche énergétique, elle suscite aussi l'intérêt commun : « *Une double cause d'obésité résulte de la prolongation du*

---

1 Vigarelo G. *Op.cit.* p. 79.

2 Marivaux (1735). *Le paysan parvenu*. Paris, éd Garnier-Flammarion (2010), Part. IV.

3 Boissier de Sauvages, F. (1771). *Nosologie méthodique dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham et l'ordre des Botanistes*, Paris, éd. Hérissant, t. III, p. 277.

4 De Baecque A. (1993), *Le corps de l'histoire. Métaphores en politique (1770-1800)*. Paris, Calmann-Lévy, p. 94, cité par Fraser P. *L'obésité au XVIII^{e} siècle : quand le gros ne bande plus !* http://pierre-fraser.com/2013/11/06/obesite-au-xviiie-siecle-quand-le-gros-ne-bande-plus.

sommeil et du défaut d'exercice. (…) Une autre cause d'obésité consiste dans l'excès du manger et du boire. »[1]

Les connotations morales, les jugements sont associés au seul fait d'être gros. La disqualification morale de l'obèse est un trait qui ne cessera de croître.

À notre époque, la prévalence croissante des sujets obèses[2], l'alimentation comme l'une des préoccupations centrales du mode de vie sont deux éléments majeurs pour comprendre l'évolution des représentations sociales de l'obésité. C'est à partir de l'augmentation du nombre des individus touchés et du coût financier que la maladie devient une préoccupation de santé publique. Dans les années 1950, le problème commence à intéresser sérieusement les médecins. Contrairement à ce que l'on peut penser, ce ne sont pas des critères uniquement scientifiques qui ont présidé à appréhender l'obésité comme maladie, mais des déterminants économiques : des compagnies d'assurance américaines dont la *Metropolitan Life Insurance Company* (Metlife) ont rapproché l'indice de masse corporelle (IMC) des assurés à une augmentation des dépenses relatives à la prise en charge des frais de soins. Dans un bulletin statistique de 1959, la Metlife publiait de nouveaux standards de poids et de taille pour les hommes et les femmes, standards repris par la même compagnie en 1983 dans une table de corpulence à partir d'un calcul qui met en relation le poids et la taille.

2. *De l'usage de l'IMC*

Nous devons à un mathématicien et statisticien belge, A. Quetelet (1796-1874), la définition de l'indice de masse corporelle qui porte son nom. Le calcul de l'IMC est un rapport de proportionnalité entre le poids et la taille selon la formule suivante : poids (kg)/ taille $(m)^2$.

A. Quetelet avait croisé *« plusieurs traditions scientifiques : celle des "mesures" pratiquées dans les sciences de la nature du XVII^e^ siècle (astronomie et physique), et celle des enquêtes et relevés administratifs "sociaux", impulsée par les États depuis aussi le XVIII^e^ siècle, dans le cadre de l'"arithmétique politique" anglaise ou de la "statistique" allemande. Par cette reconfiguration de savoirs et de techniques, il est un des pères fondateurs de la "mesure sociale", telle qu'elle s'est imposée au XX^e^ siècle, tant dans les sciences sociales que dans l'invention de nouvelles formes de "gouvernementalité" »*[3].

La notion d'indice de masse corporelle (IMC) n'est pas une mesure directe de la masse grasse et, à ce titre, elle est source d'erreur lorsqu'on l'applique à un individu

1 Brillat-Savarin (1825). *Physiologie du goût*. Éd Flammarion, Champ classique (1982), p. 220.

2 14 % des adultes en France sont obèses (Obépi 2012).

3 INSEE. *Courrier des statistiques* n° 104, décembre 2002. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs104a.pdf (consulté en mars 2014).

déterminé. Son intérêt est réel pour les études populationnelles pour autant que l'on ait pris quelques précautions préalables de sélection de la population étudiée. Elle est néanmoins devenue la référence internationale pour définir l'obésité dans la pratique clinique et épidémiologique. Ce n'est qu'au début des années 1970 qu'A. Keys et ses collègues le baptisent ainsi [1]. Cette mesure s'est imposée depuis comme étant l'instrument privilégié pour étudier sous-poids, sur-poids et obésité. « *L'utilisation de l'IMC est recommandée dès les années 1980 dans le champ médical (Royal College of Physicians 1983 ; National Institute of Health 1985). Mais c'est l'Organisation mondiale de la santé qui (...) a imposé internationalement son usage.* »[2]

Tableau de correspondance des corpulences et de leur dénomination

IMC	Dénomination
< 18,5	Maigreur
De 18,5 à 24,9	Corpulence de référence
De 25 à 29,9	Surpoids
De 30 à 34,9	Obésité modérée
De 35 à 39,9	Obésité sévère
≥ 40	Obésité massive

L'instrument se veut universel, à quelques agencements ethniques près. Nous pourrions croire que l'IMC constitue un outil neutre, mais c'est oublier qu'il participe d'une docimologie des poids au-delà des besoins médicaux, qu'il est devenu le standard de la norme corporelle ; il suffit de lire des magazines grand public pour s'apercevoir de son détournement d'usage.

Ce concept de norme peut être développé dans de nombreux domaines ; nous en retiendrons deux qui alimenteront notre réflexion. Le premier relève de l'anthropométrie et, tel un produit industriel, compare un individu à un standard défini comme norme ; c'est le propre de la docimologie. Le second relève de la psychologie sociale et mesure l'effet pour l'individu dans un environnement social de se trouver « hors-norme », soit dans son aspect descriptif, soit dans son aspect prescriptif. Descriptif pour ce qui est conforme au plus grand nombre, et prescriptif ou injonctif qui traduit l'obéissance à des règles, des usages, en un mot ce qu'il est souhaitable, ce qui convient et ce qu'il est bon de faire. Être obèse, c'est ne pas être dans la norme de poids ; c'est aussi être contraint à des adaptations comportementales du fait de sa corpulence et de ce que l'on représente

1 Keys A. et al. (1972). "Indices of relative weight and obesity". *Journal of chronic diseases*. 25 : 329-23.

2 De Saint-Pol T. (2007). « Comment mesurer la corpulence et le poids idéal ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle ». *Notes & Documents* 2007, Paris, OSC. http://www.sciencespo.fr/osc/sites/sciencespo.fr.osc/files/nd_2007_01-1.pdf, consulté en avril 2014.

pour l'environnement social et la manière dont on se perçoit comme sujet obèse au regard de la norme, ou plus exactement des normes. Le sujet se trouve confronté aux normes, médicale, assurancielle, sociale quant à l'idéal du corps, et bien d'autres encore. En conséquence, l'obésité entraîne une adaptation de conformité à seule fin d'intégration au groupe social par façonnage de son image. Nous voyons ainsi se mettre en place une dérive de normalisation du corps. Ce qui fait dire à A. Basdevant que « *la tendance est d'ériger cette valeur seuil de référence* [l'IMC] *comme une norme du fait d'une simplification du raisonnement, et d'une tendance au classement dichotomique entre "normal" et "pathologique", "bon" et "mauvais"* »[1]. A. Basdevant trouve un écho à ses propos chez J.-C. Kaufmann qui, parlant du déviant et de la norme, s'interrogeant sur la place du corps et du regard dans notre société comme support d'identification essentiel, considère que « *la nécessité de définir le normal contrarie l'aspiration à la liberté, incitant à la catégorisation bornée, aux exclusions et à l'intolérance.* »[2]

C'est par l'entremise des souffrances que l'obésité génère que se justifie l'intérêt de la médecine. Il est rare qu'une personne obèse échappe à un processus mêlant la souffrance physique et la souffrance psychique. Si la première est proportionnelle au degré de surpoids – plus le poids est élevé, plus les conséquences physiques apparaissent –, la seconde est indépendante. L'IMC ne peut se concevoir comme un élément de frontière entre le sain et le pathologique. Il existe une discontinuité dans le vécu individuel quant au degré de corpulence et aux conséquences potentielles que cela suppose engendrer.

3. Du poids et de la mesure

Pour faire émerger le concept de maladie, il convient de réunir plusieurs critères : que la situation fasse rupture avec une norme socialement admise, que l'intérêt des médecins soit éveillé, qu'il y ait des possibilités de mesure et d'évaluation. Ce n'est que progressivement que le discours social a évolué pour s'émouvoir de l'excès de corpulence, que la médecine a associé cet excès à des conséquences délétères pour la santé, et que les instruments scientifiques ont été acquis : instruments de mesure, mais aussi outils statistiques d'évaluation d'une norme.

a) La balance et la pesée

La balance est un instrument de mesure connu depuis l'Antiquité. Son origine est incertaine ; il semble qu'elle ait été inventée par les Chaldéens dont héritèrent les Grecs.

---

1 Basdevant A. *Op.cit*. p. 7.

2 Kaufmann J.-C. (1995). *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus sur la plage*. Paris, éd. Nathan, coll. « Essais-Recherche », p. 16.

Son usage fut restreint à la pesée fine des substances rares (bronze, argent, or, épices, pigments) et, avec des balances à fléau de plus grande dimension, à l'évaluation des productions agricoles. La pesée des personnes se fait tardivement dans l'histoire. En 1741, un charpentier anglais, J. Waytt, conçoit le pont-bascule, et ce n'est qu'au XX^{e} siècle qu'apparaît la bascule automatique.

Si la balance existe depuis la plus haute Antiquité comme l'atteste la représentation du fléau à bras égaux sur les murs des tombeaux égyptiens, elle y symbolise la pesée des âmes. La pesée des corps est une activité moderne.

Pour déterminer une corpulence, nous avons vu qu'il convient de mesurer la taille et de peser la personne. Jusqu'à la fin du XVIII^{e} siècle, les mesures étaient d'une extrême diversité selon les régions, et une même appellation recouvrait des contenus physiques différents. *A contrario* de l'évaluation du poids corporel, celle de la taille est une notion ancienne. Le mètre est une unité de mesure récente, établie lors de l'instauration du système métrique en France le 18 germinal an III (7 avril 1795) après les travaux de Delambre et Mechain, faisant suite à l'adoption du mètre en 1791 comme unité de mesure après qu'une commission composée de Borda, Condorcet et Laplace eut déterminé que l'unité de mesure (le mètre) correspondrait à la dix-millionième partie du quart du méridien terrestre.

La loi du 18 germinal an III, loi constitutive du système métrique décimal, précise *« qu'il n'y aura qu'un seul étalon des poids et mesures pour toute la République ; ce sera une règle de platine sur laquelle sera tracé le mètre qui a été adopté pour l'unité fondamentale de tout le système des mesures »* (art. 2).

Cette unité de mesure a l'intérêt de ne contenir aucune connotation symbolique ou historique. Rappelons que l'approximation de la taille d'un individu s'exprimait le plus souvent en pieds et en pouces (unités anatomiques familières, le pied étant spécifié *pied de roi*). Initialement, la toise déterminait l'envergure et non pas la hauteur du sujet. La mesure du corps humain date de la fin du XVIII^{e} siècle et c'est la conscription qui a favorisé la mesure systématique de la taille des soldats, l'évaluation des corpulences ayant un retentissement direct sur la confection et les stocks d'uniformes.

Si la mesure de la taille et du poids procède aujourd'hui d'une routine, les deux instruments utilisables, la toise et la balance, sont d'usage récent pour évaluer les caractéristiques anthropométriques d'un individu. L'universalisation des systèmes des poids et mesures (à l'exception de quelques survivances anglo-saxonnes pour les distances, les mesures et les poids) est encore plus récente. Nous comprenons pourquoi la notion d'obésité est une conception moderne, presque contemporaine, puisque connaître le poids d'un corps n'a eu aucun intérêt pendant des siècles. Aujourd'hui, le pèse-personne est un objet incontournable des foyers.

b) Les sujets en obésité à l'épreuve de la balance

L'épreuve de la balance est celle à laquelle se soumet régulièrement la plupart des personnes en surpoids. Source d'espoir ou de désillusion, quintessence malheureuse qui cristallise et réduit le problème de l'obésité à la perte ou à la prise de poids, juge impitoyable des efforts et des privations consenties, tel est le rituel de la pesée.

Réduire l'obésité aux fluctuations de la balance est un raccourci sans fondement et dommageable, que ce soit celles de la balance énergétique, entrées *vs* sorties, ou celles du pèse-personne. L'une et l'autre ne saisissent que certains éléments constitutifs de l'obésité et, loin s'en faut, l'essentiel de la complexité du sujet : « *Le poids du corps n'est pas seulement un élément mesurable par la pesée* ».[(1)]

Même conscients de l'obstacle constitué par la réduction de l'obésité aux variations du poids, médecins et patients s'accordent sur le rituel du passage sur la balance, fût-il redouté :

- *[F29]* Venir chez elle *(le médecin)* est une épreuve. J'ai la peur au ventre : peur de la balance, peur du verdict. Peur d'elle aussi, elle est pourtant en empathie avec moi, elle ne me juge pas.
- *[H2]* (La pesée) c'est terrible, c'est terrible (...) ça m'emmerde, et comme pour lui (le médecin) c'est important bah, je dis bon, bah, on va peser.
- *[MF8]* Oui, ça sera bien car je me pèse chez moi mais je n'y arrive pas. Ça sera bien, comme ça, de venir vous voir.

Le comportement des patients est variable, épousant toutes les possibilités depuis la pesée quotidienne jusqu'au renoncement. Chacun se détermine au gré du moment, de ses angoisses ou de ses choix. Tant que l'obésité se réduit à la pesée comme juge de la réussite ou de l'échec dans la lutte que mène une personne contre son obésité, perdure cette vision dichotomique : perdre ou ne pas perdre du poids. Toute autre considération est remisée dans l'antichambre des sujets annexes.

4. Conséquences médicales de l'obésité

L'obésité intéresse les médecins non pour ce qu'elle est, un excès de masse grasse, mais pour ses conséquences sur la santé des sujets obèses. Les complications sont proportionnelles à l'antériorité de l'obésité et à son degré de gravité. Plus une personne est grosse, plus elle l'est depuis longtemps et plus son risque de complication est élevé. Ces conséquences sont de deux ordres : physique et psychologique. De très nombreuses fonctions et organes sont concernés par l'excès de poids. Les éléments dominants sont le système cardiovasculaire et respiratoire, les pathologies métaboliques au rang des-

1 Birraux A. (2014). « Le poids au regard de l'autre » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.), Paris, éd. Albin Michel. p. 121.

quelles il faut citer le diabète et les dyslipidémies, le système articulaire, l'augmentation du risque carcinologique, la peau et le système circulatoire ; la liste n'est pas exhaustive. Ces pathologies peuvent coexister et participer à réduire l'espérance et la qualité de vie d'un sujet obèse. Le retentissement psychologique et social peut être majeur, jusqu'à la désocialisation dans les formes extrêmes.

L'obésité est un facteur en soi de difficulté de prise en charge médicale. Les obstacles à l'investigation d'imagerie, ou chirurgicale, la mauvaise connaissance de la cinétique de certains médicaments, les difficultés de l'examen physique, l'inadaptation des instruments de mesure sont autant d'éléments qui obèrent parfois les chances du patient obèse. Nous pourrions ajouter que les régimes, du fait des restrictions cognitives et de leur possible et très fréquente inadaptation aux situations médicales faute d'avoir été suffisamment étudiées, majorent le risque d'aggravation. Par ailleurs, ils peuvent générer des troubles des comportements alimentaires à type d'impulsivité. Dans ce registre de la iatrogénie, de nombreuses molécules favorisant l'amaigrissement ont été retirées du marché du fait de leurs effets secondaires potentiellement graves[1].

B. Épidémiologie et enjeux des politiques publiques

1. Les chiffres qui inquiètent

Lorsqu'il s'agit de parler de l'obésité, la plupart des publications médicales récentes citent en référence un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1997 qui la qualifie « *d'épidémie mondiale* »[2], formule reprise par P. Froguel dans une édition *du Monde* de mars 2000 qui force le trait en parlant de «*première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité* ». Jusqu'à nos jours, l'humanité a connu des vagues successives de maladies causées par des agents infectieux. Les grandes pestes en furent parmi les exemples les plus redoutés et les plus meurtriers. Elles sévirent de façon effroyable dès le règne de Justinien (542 ap. J.-C.), et vraisemblablement avant selon les historiens, jusqu'à la dernière grande épidémie à Marseille en 1720. Elles se poursuivirent jusque dans les années 1890, date de la découverte par A. Yersin du bacille responsable de l'infection et dans ses suites la découverte des moyens de le combattre. Bien après les dernières vagues épidémiques, la peste continue de marquer l'inconscient collectif comme un archétype de fléau. A. Camus en fera la toile de fond de son roman le plus célèbre. L'histoire récente n'est pas épargnée par les épidémies : la grippe, dont la pandémie de 1918 fit plus de 20

1 À propos du Médiator : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/12/affaire-du-mediator-le-point-si-vous-avez-rate-un-episode_1804954_1651302.html.

2 OMS : *Obesity: the global epidemic*, 1997.

millions de morts, et plus récemment le sida qui frappe en 2012 environ 34,2 millions de personnes.

Qualifier par analogie l'obésité d'épidémie non infectieuse montre à quel point le sujet préoccupe par son acuité et par son ampleur et se place au centre d'un discours d'urgence à agir. Les alarmes sont diverses, celles des autorités politiques et sanitaires, mais aussi des professionnels de santé, des médias en écho à l'inquiétude des populations. Toutefois, l'émotion suscitée par l'augmentation de la prévalence de l'obésité, tant dans les sociétés industrialisées qu'émergentes, ne relève pas que de la seule motivation altruiste pour, selon l'OMS, permettre aux individus de se trouver dans un « *état de complet de bien-être physique, mental et social* »[1]. Nous verrons qu'elle est prise dans un vaste dispositif d'où émergent des intérêts multiples et discordants, voire antagonistes, à commencer par ceux du corps médical.

L'*International Obesity Taskforce* (IOTF) et l'*International association for the study of obesity* (IASO) estiment qu'en 2010 un milliard environ d'adultes sont en surpoids (IMC 25-29,9) ; selon l'OMS (2008), ils sont 1,4 milliard et près de 475 millions sont obèses (IMC >30). Si l'on intègre les critères spécifiques pour les Asiatiques pour définir l'obésité (IMC >28), le nombre d'adultes considérés comme obèses serait alors globalement d'environ 600 millions d'individus ; 500 millions selon l'OMS (2008) dont 200 millions d'hommes et 300 millions de femmes.

Globalement, l'IASO et l'IOTF estiment que plus de 200 millions d'enfants d'âge scolaire sont en surpoids ou obèses. Au sein des 27 pays membres de l'Union européenne, approximativement 40 % des adultes et 20 % des enfants d'âge scolaire sont en surpoids ou obèses, soit 260 millions d'adultes et 12 millions d'enfants.

En France, les premières enquêtes nationales s'appuyant sur le critère d'IMC à 30 pour définir l'obésité datent de 1980. Depuis, l'INSEE publie régulièrement les chiffres de l'obésité chez les sujets de 18 ans et plus en France. En une décennie, des années 1980 à 1991, le taux est resté assez stable de 6,1 % à 6,5 % [2] ; en revanche toutes les enquêtes postérieures à 1990 et jusqu'aux données récentes montrent une augmentation régulière de l'obésité chez les adultes pour se situer actuellement à un taux d'environ 14,5 %[3] . Les hommes sont moins touchés (14,3 %) que les femmes (15,7 %).

---

1 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (*Actes officiels de l'OMS*, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

2 Charles A. (2011). « Épidémiologie de l'obésité ». In *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Basdevant A. et al. Médecine Sciences Publications. Flammarion. p 21.

3 ObEpi. www.roche.fr/home/recherche/.../enquete_nationale_obepi_2012.html.

Il existe une disparité régionale de distribution de l'obésité en France attribuée aux conditions environnementales. Si la tendance est très légèrement à la baisse ces dernières années, la progression de l'obésité massive (IMC > 40) est de 0,3 % en 1997, de 1,1 % en 2009 et de 0,5 % en 2012.

En ce qui concerne les enfants, il n'y a pas de données avant 1990. Les études disponibles ont étudié des classes d'âge différentes, mais on peut dire que la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants en grande section de maternelle (Dress 2006) était respectivement de 12,1 % et 3,1 %. De façon plus générale, en fonction des tranches d'âges (de 3 à 15 ans) et les années des enquêtes (1999-2007), les études françaises montrent une prévalence du surpoids juvénile entre 10,4 et 15,8 % et de l'obésité entre 2,8 et 4,5 % avec, là encore, des variations régionales[1].

On constate, comme pour les adultes, une progression régulière avec un discret infléchissement récent dont il est difficile de préciser les causes avec certitude : premiers effets des campagnes relatives à la qualité nutritionnelle ? effet de saturation des sujets prédisposés ayant pour conséquence un arrêt de la progression de l'obésité ? Nul ne peut trancher, et les antagonismes de discours vont bon train, en particulier selon les courants favorables ou hostiles au Plan national Nutrition Santé (PNNS).

2. Les modèles

a) Le modèle de transition démographique

Le modèle de transition démographique éclaire l'épidémiologie de l'obésité en permettant de saisir les dynamiques en jeu concernant l'évolution des corpulences dans les populations.

Au même titre que s'équilibrent approximativement naissances et décès dans les sociétés industrielles, existe-t-il un effet de saturation populationnelle de l'obésité avant d'espérer une décroissance naturelle liée à l'éducation nutritionnelle ? La question a sa pertinence du fait de son incidence sur les politiques publiques de prévention de l'obésité.

Nous devons à Franck Wallace Notestein qui a dirigé l'Institut de recherches de population de Princeton, la conception du modèle de transition démographique. K. Davis (1945), un de ses collaborateurs, publie une synthèse de ce modèle qui décrit l'évolution structurelle des populations au cours de leur développement. L'hypothèse repose sur l'universalité du modèle qui éclaire les équilibres démographiques, équilibres qui résultent de la balance entre natalité et mortalité. En France, A. Landry (1934) avait déjà travaillé dans cette vision évolutionniste des populations[2]. Le modèle identifie trois temps majeurs.

---

1 Charles A. *Op. cit*. p. 21.

2 Landry A. (1934). *La révolution démographique. Études et essais sur les problèmes de la population*.

Lors du premier temps, le point d'équilibre se fait par une forte natalité et une forte mortalité. La mortalité infantile importante et l'espérance de vie réduite se trouvent compensées par un nombre de naissances très élevé. La coutume et la culture nataliste perdurent, alors qu'elles procédaient initialement d'un mécanisme de survie d'espèce.

Dans un deuxième temps, dit « phase de transition », les progrès sanitaires réduisent la mortalité alors que le nombre de naissances reste soutenu, et l'on assiste à une poussée démographique. Cette phase se structure de façon schématique en deux temps : une forte poussée démographique avec un nombre de naissances important alors que la mortalité a chuté significativement, puis l'écart se resserre avec une réduction progressive de la natalité.

Dans un troisième temps, les taux de natalité et de mortalité s'équilibrent peu ou prou, à nouveau, pour maintenir un équilibre démographique. Mais cet équilibre est obtenu avec des chiffres bas, tant pour les naissances que pour les décès. Le modèle a ses détracteurs[1] mais reste très largement usité. L'ONU l'utilise encore pour prévoir les accroissements de population.

Les étapes du modèle de transition démographique (F Notestein)

Étape 1 : les taux de natalité et de mortalité sont tous deux élevés, et la croissance démographique est quasi nulle.

Étape 2 : le taux de mortalité (en particulier la mortalité infantile) commence à décroître, grâce au développement du pays et à l'amélioration des conditions sanitaires. Dans le même temps, le taux de natalité reste très élevé, ce qui engendre une très forte croissance démographique (typiquement de 3 % par an).

Étape 3 : au fur et à mesure du développement du pays (hausse de l'éducation et du niveau de vie), le taux de naissance commence à baisser.

Étape 4 : avec un taux de natalité et de mortalité faibles, la population se stabilise (le taux de croissance n'est jamais nul, mais on estime qu'une augmentation annuelle de 0,4 % correspond à une population stable).

Beaucoup d'éléments interviennent pour expliquer la fécondité. La relation entre économie et fécondité relève selon R. Easterlin d'une hypothèse des « *cycles démographiques* »[2]. Les individus forment leurs attentes économiques pendant la socialisation. Si les conditions ne leur permettent pas de vivre selon leurs attentes, ils réduisent le nombre

Réédité à Paris, INED, 1982.

1 Genné M. (1981). « La théorie de la transition démographique comme référentiel aux modèles démo-économiques ». *Tiers-Monde*. Vol. 22, n° 87, p. 557-572.

2 Easterlin R. (1974). *Does Economic Growth Improve the Human?*. Éd. Nations and Households. Il faut aussi retenir à ce sujet une autre publication de R. Easterlin : "Birth and Fortune. The Impact of Numbers on Personal Welfare", *Population*, 1981, vol. 36, n° 3, p. 643.

de leurs enfants. Si les conditions sont bonnes, ils ont plus d'enfants. Le coût économique d'un enfant est un élément qui détermine le choix du nombre, ce que soulignent G. Becker et H. G. Lewis (1973)[1], cités par B. Laplante (2009)[2], qui introduisent l'idée « *qu'un bien peut être différencié selon sa qualité* ». En particulier, les enfants peuvent être de qualité plus ou moins grande. La qualité a un coût. Les enfants de plus grande qualité coûtent donc plus cher que les enfants de moindre qualité. Le coût marginal des enfants en terme de quantité varie en fonction de leur qualité.

Nous pouvons constater à la faveur des théories de transition démographique que la place de l'enfant par la baisse régulière de natalité *per capita* favorise un statut plus précieux pour l'enfant, et son coût économique renforce son statut.

En ce qui concerne l'obésité de l'enfant, nous retrouvons l'idée que l'enfant unique, ou l'enfant dans les fratries restreintes, occupe une place particulière dans l'économie familiale de telle sorte qu'il se trouve confronté à un excès d'offre, en particulier alimentaire. Nous assistons depuis plusieurs siècles à un changement progressif de paradigme entre l'enfant « coutumier », au sein d'une fratrie nombreuse, et l'enfant « précieux » dans une fratrie restreinte, voire d'enfant unique.

Malgré les incertitudes et les analyses contradictoires sur la pertinence du modèle, il est intéressant de voir comment certains auteurs font une approche de l'obésité à partir du modèle de transition démographique.

b) Le modèle de transition nutritionnelle

Considérée du seul point de vue thermodynamique, l'obésité serait le résultat comptable d'une différence entre les entrées et les dépenses, Les entrées se résumant aux *ingesta* alimentaires et les dépenses à la somme des dépenses énergétiques de base pour le fonctionnement biologique de l'individu, d'activité physique et de gaspillage énergétique par la combustion des aliments.

La question se pose de savoir si nous pouvons appliquer le modèle de transition démographique, avec ses trois temps, à l'évolution des populations de personnes obèses.

Dans un premier temps, les populations ont des activités essentiellement rurales et, quelles que soient les entrées alimentaires, la dépense d'énergie en relation avec les activités journalières ne permet pas l'augmentation de l'obésité.

---

1 Becker G. et Lewis H. G. (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children". University of Chicago Press. *Journal of Political Economy*. Vol. 81, (Mois): 2 (Part II, mars-avril), p. 279-288.

2 Laplante B. (2009). *Fécondité et famille*. Conférence du 10 septembre 2009. INRS Centre Urbanisation Culture Société.

Dans un deuxième temps, l'industrialisation, la médicalisation par ses effets sur un meilleur état de santé des populations et la réduction de la mortalité précoce, la migration vers les villes, une relative abondance alimentaire favorisent l'augmentation de l'obésité. Il n'y a pas d'adaptation comportementale alimentaire pour freiner l'augmentation de la corpulence moyenne et l'obésité des populations.

Dans un troisième temps, un équilibre s'installe. Les personnes les plus aptes à grossir l'ont fait. Il se produit comme un recrutement des personnes les plus à risque d'obésité avec un effet de saturation des personnes éligibles pour l'obésité. Cette étape correspond à la situation actuelle, où survient une stabilisation de la courbe de prévalence de l'obésité.

Parmi les spécialistes de la démographie nutritionnelle, les plus optimistes considèrent que les populations vont s'adapter en ajustant leurs comportements aux conditions de leur environnement nutritionnel. En conséquence, la prévalence de l'obésité dans les sociétés occidentales devrait baisser progressivement, alors qu'elle explosera dans celles en voie de développement dont la transition nutritionnelle n'a pas encore eu lieu. Lors des entretiens que nous avons menés, un médecin a souligné son intérêt pour cette approche, signifiant, de ce fait, qu'il convenait d'être modéré dans sa pratique clinique :

> • *(MH15)* Si l'on regarde la courbe de l'obésité maintenant, elle est plate. On a fait notre plein d'enfants obèses et donc les autres manifestement ne sont pas susceptibles de devenir obèses. Donc on n'ira pas au-dessus, donc il ne faut pas se mettre à penser qu'on va tous devenir obèses.

Cette perspective favorable n'est pas unanimement partagée, et les prévisionnistes plus pessimistes considèrent que l'obésité devrait croître encore sans pouvoir prévoir l'asymptote de la courbe de croissance.

Ce que nous pouvons retenir de ce modèle, c'est le caractère dynamique, donc changeant, de l'évolution de l'obésité, pour laquelle les éléments contributifs à cette évolution restent encore, pour nombre d'entre eux, à l'état d'hypothèse.

Cet emprunt aux modèles de transition démographique, puis de transition nutritionnelle, nous éclaire sur l'évolution possible de l'obésité. Au-delà, il contribue à la compréhension de la représentation des sujets obèses en fonction de la capacité d'ajustement à l'environnement alimentaire, ce qui interroge sur la part de responsabilité qu'ils ont de leur état.

3. Obésité : enjeu des politiques et de santé publique

a) La montée à l'agenda politique

Les questions relatives à la santé publique ne sont pas nouvelles. Il suffit pour s'en convaincre de lire le travail de M. Foucault sur l'histoire de la folie pour comprendre la

politique asilaire face à la maladie mentale, ou bien de constater la mise en place progressive des sanatoriums pour accueillir les patients victimes de tuberculose. Maladies psychiatriques, maladies infectieuses sont les précurseurs des interventions institutionnelles en matière de santé publique. Dès les années 1950, un premier mouvement voit le jour qui porte de nouvelles valeurs d'éducation à la santé.

Progressivement, la volonté politique d'agir sur les comportements de santé du plus grand nombre et l'augmentation régulière et importante des maladies chroniques favorisent la mise en place d'institutions sanitaires. Le constat épidémiologique se trouve conforté par le progrès médical en matière de compréhension patho-physiologique du diabète, de l'hypertension et des maladies afférentes à l'excès de cholestérol. La première initiative d'après-guerre est le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) : « *Association créée en 1972, il se voit confier la réalisation de campagnes de santé publique. Leurs concepteurs mobilisent les théories psycho-sociales du "health belief model" et du "locus of control"*[1]*. Ainsi, l'usage de savoirs issus de la psychologie cognitive et psychosociologie n'est pas chose nouvelle* »[2].

La progression des neurosciences et la prééminence des sciences du comportement vont favoriser une autre vision de la santé publique où les acteurs-promoteurs vont renforcer l'idée de l'éducation à la santé comme levier d'adaptation comportementale des populations. Les visées sont l'amélioration de l'état sanitaire populationnel en mettant l'accent sur les maladies chroniques dont l'obésité.

Dès 2004, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), créé par une loi de financement de la sécurité sociale, choisit de consacrer l'un de ses deux axes de recherche à la prévention et la prise en charge de l'obésité. C'est au Sénat qu'est revenu la mission d'approfondir les axes de la loi du 9 août 2004 relative à la prévention de l'obésité. Le Sénat avait été à l'origine des premières mesures législatives sur le sujet. On lit dasn un rapport remis à l'Assemblée nationale dit que : « *Dans ce contexte, il a souhaité que l'étude menée par l'OPEPS puisse s'appuyer pour la première fois sur un tableau complet et pluridisciplinaire de l'obésité en y incluant non seulement les aspects médicaux mais également épidémiologiques, économiques ou sociologiques, et en*

---

1 Le *locus of control* désigne la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres, les institutions ou l'État.

2 Boubal C. (2013). *Administrer la preuve en promotion de la santé : La (re)découverte des sciences du comportement. Journée d'étude : Obésité : construction d'un problème public et des politiques de gestion (ou de contrôle) des pratiques alimentaires*. Lundi 9 décembre 2013, UPEC (Université Paris-Est Créteil), p. 1.

y associant aussi bien des praticiens que des acteurs du monde institutionnel ou de la recherche[1].

Ce rapport met l'accent sur la disparité de distribution de la prévalence de l'obésité en fonction du niveau socio-économique des populations. Ce constat d'inégalité sociale en matière d'obésité est analysé, en partie, à la lumière du coût financier des aliments. Le constat est fait que si le coût de la calorie a baissé, il est inversement proportionnel à la densité calorique. À savoir que si les prix à la consommation ont baissé, les produits achetés sont plus denses et plus riches en calories. La seconde constatation est que les produits d'accès direct, gras, sucrés et à relativement bas coût, ont amplifié la disponibilité alimentaire et la charge énergétique des consommations moyennes. Ceci a pour conséquence que « *les inégalités sociales de revenu et d'éducation amplifient ces deux aspects. Les études sur les achats alimentaires en fonction du revenu montrent par exemple de façon très claire que la principale différence dans le contenu du "panier d'achat" des ménages se retrouve dans les fruits et légumes frais, en raison de leur prix, mais aussi de leur moindre attrait, lié sans aucun doute à une insuffisante éducation sur leur utilité diététique, à une moindre habitude de consommation, et à la faible présence de ces produits dans les campagnes de promotion alimentaire* »[2].

Ce rapport mentionne le travail du Programme national Nutrition Santé (PNNS) en soulignant que « *si la France a mis en place le PNNS en 2000, divers outils ou recommandations concernant le diagnostic, le traitement, la prise en charge et la prévention de l'obésité ont également été définis. Ces actions ont eu des effets ciblés mesurables, mais elles sont demeurées trop dispersées pour contrer véritablement l'épidémie. L'étude menée par l'Inserm permet de dégager deux pistes pour améliorer l'efficacité des politiques menées : une meilleure prise en compte de l'ensemble des déterminants de l'obésité et le renforcement des partenariats entre les différents acteurs impliqués dans la prévention et le traitement de l'obésité* ». [3]

Les politiques publiques se mettent en place au travers de cette montée à l'agenda relative à l'augmentation de la prévalence de l'obésité. L'État ne peut plus ignorer cette augmentation ni le fossé qui se creuse entre les différentes catégories socioprofessionnelles en matière de risque alimentaire. Les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui une des préoccupations majeures du monde politique et de la santé, tant il est vrai que notre système de soins répond de plus en plus mal à ce problème politico-social.

---

1 Rapport de l'OPEPS n° 8 (2005-2006) de M. Gérard Dériot, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 5 octobre 2005. p. 1.

2 *Ibid*. p. 1.

3 *Ibid*. p. 2.

b) L'émergence d'une classe de médecins : les nutritionnistes

Pour qu'une question de santé publique soit promue politiquement, il est nécessaire qu'existent des porteurs d'opinion au sein de l'Université médicale qui assurent une expertise relative à cette question de santé, un relais scientifique vers la communauté médicale et une parole crédible dans le champ social.

La question de l'obésité ne sera réellement promue à l'agenda politique qu'au moment où la discipline de la nutrition et la médecine de l'obésité trouvera à se structurer au sein de l'Université médicale (1988 sous-section CNU 4404), même si A. Martin considère encore, dans un rapport national, que « *la nutrition est une discipline hospitalo-universitaire récente peu étoffée et encore fragile* »[1].

> La Nutrition humaine est une discipline universitaire mixte depuis sa création. Elle siège au Conseil national des universités depuis 1988 au sein d'une sous-section (4404). La valence hospitalière de la discipline n'est pas spécifiquement reconnue alors que la spécialité existe (DESC). Il n'existe pas de poste de praticien hospitalier en nutrition malgré une forte demande de reconnaissance.
>
> À ce jour, elle regroupe 61 enseignants-chercheurs qui se répartissent de la façon suivante :
>
> – 42 PUPH dont 3 en option biologique et 39 en option clinique.
>
> – 17 MCUPH dont 9 en option biologique et 8 en option clinique.
>
> – 2 PHU.
>
> La Nutrition humaine exerce son champ disciplinaire dans les domaines clinique, biologique, biochimique, métabolique, physiologique, physiopathologique, épidémiologique et d'enseignement
>
> *Source* : site CNU consulté en février 2014.

c) Politique en direction du public

Nous assistons, depuis la montée à l'agenda politique de l'obésité, à deux phénomènes.

Le premier a trait à la compréhension affinée des comportements qui dégage des perspectives en matière de communication. « *Ces savoirs pratiques sur le (changement) de comportement portent la promesse d'une amélioration des campagnes et plus largement des actions de promotion de la santé* »[2]. Apparaît la notion de « marketing social » qui utilise les bases du fonctionnement du marketing en en détournant les valeurs pour le bien communautaire. Compréhension améliorée des déterminants aux changements de comportement, mais aussi selon C. Boubal : « *La récente mobilisation de ces savoirs sur*

---

1 Martin A. (2009) Rapport, pour le ministre de la Santé, sur la formation à la nutrition des professionnels. http://www.sante.gouv.fr/rapport-du-professeur-ambroise-martin-mission-la-formation-a-la-nutrition-des-professionnels.html.

2 Boubal C. *Op. cit.* p. 1.

le (changement de) comportement par une petite communauté d'acteurs de prévention (experts en santé publique et directeurs scientifiques des agences sanitaires) permet de formaliser une action souvent décriée, l'éducation pour la santé. Ces "entrepreneurs de scientificité" tentent, par ce biais, de valoriser l'action préventive et de la faire évoluer. Pour eux, l'émergence toute récente du marketing social, du nudge(1) *et des neurosciences cognitives porte le sceau de l'innovation et de l'efficacité et semble nécessaire à l'heure de bilans peu flatteurs* »(2).

Le second phénomène participe d'un constat d'empilement et une juxtaposition d'appareils d'État et d'institutions ayant vocation à participer au concert commun et aux prises de décisions dans l'espace public concernant l'obésité. Ce processus d'empilement est générateur de contradictions et de confusions. En partie à cause des polémiques et de l'analyse des bilans sur les campagnes de promotion de la santé et de lutte contre l'obésité, se dessine un autre courant, celui des actions de terrain.

Parmi les organismes existants, certains ont vocation à la diffusion de messages en direction du public, d'autres davantage vers les professionnels de santé dont les médecins, même si le cloisonnement n'est pas total entre les deux registres.

– Les programmes de lutte contre l'obésité et d'éducation à la santé nutritionnelle

En clôture des États généraux de l'alimentation en décembre 2000 est annoncée la mise en place du PNNS confié au Pr S. Hercberg. Cette initiative trouve sa justification du fait de l'augmentation préoccupante de l'obésité dans la population générale et de ses corollaires que sont les pathologies métaboliques, dont le diabète de type 2.

Sa mise en place est la prolongation des orientations définies par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en termes d'objectifs nutritionnels : « *Elle se fait selon quatre axes principaux : la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population, l'augmentation de l'activité physique et la réduction de la sédentarité à tous les âges, l'amélioration des pratiques alimentaires notamment chez les populations à risque et la diminution de la prévalence des pathologies nutritionnelles. Il s'agit de prévenir les maladies chroniques les plus fréquentes, au risque de se heurter aux intérêts économiques et aux habitudes comportementales et alimentaires d'un pays industrialisé* »(3).

---

1 En anglais, « pousser du coude ». Ce concept doit beaucoup au retentissement du livre publié par Richard H. Thaler (économiste) et Cass R. Sunstein (juriste), *Nudge. La méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Paris, Vuibert, 2010. Fondé sur des recherche en psychologie et économie comportementale, le nudge consiste à modifier « l'architecture des choix », pour modifier les comportements, sans utiliser la contrainte ou la réglementation. (note de bas de page. Boubal C.)

2 Rapports de l'IGAS, Cour des comptes, Bilans PNNS 2, etc. (note de bas de page Boubal C.)

3 Dupont E. (2014) *Rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé quant à l'application des recommandations du PNNS*. Thèse de médecine. Paris.

La planification est prévue en trois volets quinquennaux qui se succéderont de 2001 à 2015 avec neuf objectifs prioritaires.

Les neuf objectifs nutritionnels prioritaires du PNNS

1. *Augmenter la consommation de fruits et de légumes* afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 % (un petit consommateur consomme moins d'une portion et demi de fruits et moins de deux portions de légumes par jour).

2. *Augmenter la consommation de calcium* afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D.

3. *Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux* à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses).

4. *Augmenter la consommation de glucides* afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres, – Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes.

5. *Réduire l'apport d'alcool* chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl, soit l'équivalent de 6 cl d'alcool fort. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, lesquels relèvent d'une prise en charge spécifique.

6. *Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne* dans la population des adultes.

7. *Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique* chez les adultes.

8. *Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25)* chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

9. *Augmenter l'activité physique quotidienne* par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour. La sédentarité, facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Le premier volet (2001-2005) s'est donné pour objectif principal *« d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un des déterminants majeurs : la nutrition »*[(1)].

1 *Ibid*. p. 40.

La diffusion de l'information s'est faite par voie d'affichage, par la distribution d'un guide autour de la santé et de la nutrition[1].

Le second volet (2006-2010) a repris les thèses du premier et « *permet le développement de nouveaux axes adaptés aux résultats des évaluations du PNNS 1 dont il poursuit et intensifie les stratégies, multiplie les différents acteurs mobilisés : population générale, professionnels de santé, personnel économique et social, personnel associatif… Ces nouveaux axes concernent : l'élaboration d'un plan de prise en charge spécifique de l'obésité (PO) avec un dépistage précoce, une prise en charge adaptée, un recours aux réseaux ville-hôpital et aux pôles de références spécialement créés et un encadrement de la chirurgie bariatrique*[2] »[3].

Le troisième volet (2011-2015) insiste sur les éléments constitutifs des deux précédents en précisant la nécessité de promouvoir d'autres acteurs afin de favoriser l'application des recommandations.

Depuis le début du PNNS, certains objectifs ont été atteints, comme la réduction de l'obésité juvénile, de la consommation de sel, de sucre et l'augmentation de celle des fruits et légumes. D'autres ne le sont que partiellement et surtout de façon hétérogène, conduisant au constat d'une augmentation croissante des inégalités sociales de santé. Ce dernier volet promeut le rôle du médecin généraliste et souligne la place prépondérante de l'activité physique associée aux mesures diététiques. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont une des préoccupations prioritaires des pouvoirs publics car, de ce point de vue, la place de la France n'est pas bonne.

Ce dernier volet se penche sur les modifications des pratiques alimentaires et l'équilibre des apports nutritionnels en s'appuyant sur des démarches d'éducation et d'information spécifiques, en favorisant l'accès à des aliments de bonne qualité. La mobilisation d'autres acteurs de santé est nécessaire à la réussite de cette stratégie.

Parallèlement, se met en place une politique des préventions alimentaires dans les cantines scolaires, les établissements pénitentiaires, en partenariat avec les industriels de l'agro-alimentaire. Une priorité est faite au dépistage et à la prise en charge des troubles des comportements alimentaires et la prévention de la dénutrition qui touche plus particulièrement les personnes âgées. Enfin, l'accent est mis sur le renforcement des campagnes d'information et du contrôle publicitaire.

D'autres programmes ont vu le jour sans que l'on puisse encore en faire le bilan. C'est le cas du Plan obésité (2010-2013) qui reprend et appuie les missions du PNNS en favo-

---

1 INPES (2002) « La santé vient en mangeant ». Le guide alimentaire pour tous.

2 La chirurgie bariatrique regroupe toutes les techniques chirurgicales qui ont pour objectif la réduction du volume de l'estomac et des circuits intestinaux en vue d'une perte de poids.

3 Dupont E. *Op. cit.* p. 410.

risant la coordination des dispositions existantes et l'émergence de filières d'excellence en matière de lutte contre l'obésité, du Programme national pour l'alimentation (PNA) qui prône que « *bien manger, c'est l'affaire de tous* »[1], s'appuyant sur des valeurs de tradition et de terroir, dans le respect de l'environnement. L'ensemble des acteurs de l'agro-alimentaire soutient le PNA.

Outre les programmes, il existe des institutions qui ont la responsabilité de promouvoir et coordonner les actions de santé publique en matière d'obésité et de promotion du « *bien se nourrir* ».

– Les institutions publiques

Les institutions publiques peuvent être des promoteurs de programmes, des relais de diffusion de ces derniers ou bien avoir des missions de vérification de la qualité des informations ou de sécurités alimentaires. C'est le cas du Centre national d'études et de recommandations sur la nutrition et l'alimentation (CNERNA), du Conseil national de l'alimentation (CNA) ou de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

Le CNERNA est un groupement scientifique qui réunit différentes instances ministérielles et de recherche telles que le CNRS, l'INRA, ou l'INSERM. Sa mission est la labellisation scientifique des informations diffusées ou à diffuser.

Le CNA, placé auprès des ministres en charge de l'agriculture, de la santé et de la consommation, est consulté sur la définition de la politique de l'alimentation en donnant des avis assortis de recommandations sur les questions qui s'y rapportent, en particulier quant à l'adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, à la sécurité des aliments pour les consommateurs, à la qualité des denrées alimentaires, l'information des consommateurs de ces denrées, et la prévention des crises et la communication sur les risques[2].

L'INPES a vocation à favoriser et diffuser vers le grand public et vers les professionnels de santé toutes les initiatives relatives à la prévention et à l'éducation pour la santé. L'INPES assure un relais et un partenariat étroit avec les promoteurs du PNNS. Des campagnes, des sites, des outils sont à disposition du public ou des professionnels pour soutenir les initiatives de l'INPES. C'est l'organisme le plus connu du public au travers les slogans du PNNS dont il est le diffuseur. Sur ce point précis des campagnes, C. Boubal en dit : « *Sur le volet plus spécifique des campagnes, l'intégration des recherches en marketing et de la critique se manifeste par la création de campagnes qui se veulent "so-*

1 Plan national pour l'alimentation. http://alimentation.gouv.fr/de.

2 Décret n° 2009-1429 du 20 novembre 2009.

ciologiques". La mise sur agenda progressive des inégalités sociales de santé, le développement de théories de psychologie environnementale et du lien santé-environnement (avec le nudge, attracteurs écologiques, différents plans nationaux santé environnement) viennent rappeler que l'individu est pris dans un ensemble de déterminants. Des savoirs de psychologie appliquée s'incarnent dans les représentations, les discours des politiques et techniciens »[1]. Ces remarques soulignent la complexité de saisir, tout à la fois, la mobilité des opinions, la disparité des comportements, l'hétérogénéité des attentes, la difficulté de leur analyse malgré la diversité des outils, et, dans le même temps, la volonté d'une politique publique en matière de santé non moralisatrice ou normative.

d) Politique en direction des professionnels

Les professionnels sont sollicités pour relayer les messages prioritaires des politiques publiques ; à charge pour eux d'intégrer, dans un pratique individualisée, lorsqu'il s'agit des médecins, ce qu'ils jugent le plus pertinent pour leur patient.

Toutefois, la multiplication des discours et celle de leurs émetteurs brouillent et limitent la portée, la clarté et la cohérence des messages. Les représentations sociales dominantes, les croyances médicales en matière d'alimentation, les injonctions permanentes à consommer ne favorisent pas la diffusion harmonieuse des messages institutionnels malgré leur qualité. Sur ce dernier point, il convient de rappeler que « *faute de pouvoir agir au niveau réglementaire (avec l'évacuation du projet de loi interdisant la publicité sur les produits gras et sucrés en 2004), les acteurs de prévention nationaux (Inpes, DGS et concepteurs du PNNS) ont essentiellement développé une stratégie d'information, de communication et d'incitation* »[2]. La puissance médiatique télévisuelle et les techniques du marketing rendent peut-être en partie caducs les efforts de communication sur le terrain des modifications des comportements de consommations alimentaires.

Parmi les dispositifs mis à disposition des professionnels, deux sont à mettre en exergue du fait de leur impact réel et potentiel sur les pratiques de soin : les filières de soins qui hiérarchisent l'accès des patients en obésité en fonction des besoins et des priorités déterminés par leur état médical, et les recommandations des bonnes pratiques dont le fondement se réclame d'une actualisation régulière des données actuelles de la science.

– Les filières de soins

Les filières de soins regroupent les structures mises en place pour faciliter la prise en charge des patients en fonction de leurs caractéristiques. Les réseaux de prise en charge

1 Boubal C. *Op. cit*. p. 5.

2 *Ibid*. p. 2.

et de prévention de l'obésité pédiatrique (REPPOP) sont des structures régionales ayant vocation à soutenir et assurer l'accueil d'enfants et d'adolescents en surpoids ou obèses. Les filières hospitalières d'excellence et parcours de soins ont vocation à accueillir et traiter les patients en obésité depuis les soins médicaux jusqu'à la chirurgie bariatrique. En 2012, le directeur de la Santé a missionné le président de l'Association française d'étude et de recherche sur l'obésité (AFERO) afin de « *reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique (ETP) dans le domaine de l'obésité*»[1]. La même année, les 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO)[2] créés dans le cadre du Plan obésité ont été réunis pour former le Groupe de coordination et de concertation (GCC) avec mission de coordonner l'organisation des soins et de mutualiser les expériences en matière d'obésité. Le Plan obésité définit les orientations générales de dépistage et de prévention de l'obésité, les acteurs et leur rôle respectif au sein d'un dispositif coordonné de soins, l'accompagnement et la prise en charge nécessaire aux personnes qui souffrent d'obésité. Il souligne les objectifs de lutte contre les discriminations, la vulnérabilité et les inégalités sociales liées à l'obésité et renforce les moyens en favorisant la coordination des acteurs de soins.

– Les recommandations de bonnes pratiques

L'exercice des médecins est éclairé par les recommandations des bonnes pratiques médicales censées être le reflet des données scientifiques les plus solides. Plusieurs agences ou autorités précisent régulièrement ce qu'il convient de faire dans ce cadre. L'HAS est la plus emblématique. Autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité, elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge. L'HAS certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

En matière d'obésité, la Haute autorité a précisé les conditions d'accueil et de prise en charge des patients en obésité ; à ce titre les médecins sont censés appliquer les directives

1 Mesure 1-4 du Plan obésité. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf.

2 La documentation relative au volet offre de soins de soins de plan obésité est disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/centres-specialises-et-centres-integres-pour-la-prise-en-charge-pluridisciplinaire-des-patients-atteints-d-obesite-severe-ou-multi-compliqueeorganisation-des-filieres-de-prise-en-charge-dans-les-regions.html.

recommandées et ainsi contribuer à l'amélioration de la prise en charge physique et psychologique des personnes en obésité.

L'Assurance Maladie, dans le cadre du Plan national de lutte contre l'obésité, a réalisé une étude approfondie d'analyse des patients bénéficiaires de la chirurgie bariatrique : les patients concernés, les pratiques et l'offre de soins dans ce domaine. S'appuyant sur les résultats de cette étude, elle propose plusieurs actions afin d'encadrer le développement de la chirurgie de l'obésité[1].

> La chirurgie bariatrique est destinée à faire perdre du poids à des patients en situation d'obésité sévère (IMC ≥ 35 associé à des comorbidités graves) ou massive (IMC ≥ 40). Elle n'est proposée qu'après une longue prise en charge médicale et échec de toutes les autres formes de traitement. Aujourd'hui ce type de chirurgie est dominée par trois techniques : deux sont des techniques de réduction du volume gastrique, la troisième entraîne une malabsorption alimentaire. Pour les premières il existe, d'une part, l'anneau gastrique qui enserre l'estomac juste en dessous de l'abouchement de l'œsophage, et d'autre part, la sleeve, sorte de réduction de l'estomac en forme de chaussette ou de manche. Pour la troisième le bol alimentaire emprunte un circuit raccourci, – le chirurgien crée un court-circuit intestinal qui ampute de plus d'un mètre le circuit habituel –, à l'origine de la réduction de la quantité potentielle de nourriture absorbable par l'intestin grêle.
>
> L'ensemble de ces techniques est voué à être définitif. Les pertes de poids sont de conséquentes à spectaculaires. Le suivi des patients doit être régulier, coordonné par des médecins formés, et à longueur de vie.

Au terme de cette analyse des structures et de ses composants, nous percevons mieux le panorama des politiques publiques relatives à la prévention nutritionnelle et, en son sein, de la prévention de l'obésité. Nous voyons aussi poindre les éléments de confusion entre l'action publique et les implications privées. Le PNA et la place particulière faite aux entreprises françaises de l'agro-alimentaire dans la politique générale de la promotion du « fait en France » l'illustrent. Il s'agit, pour certains de ses aspects, d'un dispositif concurrent de celui du PNNS, articulé autour de la promotion commerciale des produits de l'alimentation.

Le législateur, la planification des missions et des actions, la référence à la culture alimentaire comme socle de la représentation du « bien manger », sont autant d'éléments constitutifs du dispositif national autour de la qualité alimentaire, la prévention et la prise en charge de l'obésité. Cependant, ce maillage d'acteurs de santé publique, s'il a vocation à travailler sur un objectif commun, contient en soi des sources de tensions et de rivalités sur la scène politique. Le rapport au Sénat fait mention de « *la dispersion, voire l'émiette-*

1 CPAM. Point d'information 21 février 2013. *Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence*.

ment des actions en prévention nuit à la lisibilité globale du processus et pose la question de la cohérence des stratégies développées et de leur optimisation »[1]. Nous repérons que les objectifs sont parfois les mêmes, mais qui en a la primauté exécutive ? On est aussi en droit de se demander sur quels critères sont octroyés les budgets. Nous sommes ici au cœur d'un « dispositif », tel que l'entendent M. Foucault ou G. Agamben.

4. L'obésité comme dispositif

M. Foucault avance que le dispositif a une fonction stratégique dominante, ce qui sous-tend des rapports de forces et s'inscrit dans un jeu de pouvoir et de savoir : « *C'est un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments* »[2].

G. Agamben définit un dispositif comme « *tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants* »[3].

Le dispositif, dans la phase actuelle du développement du capitalisme, aboutit, selon lui, à un processus de désubjectivation. Il s'interroge sur l'origine moderne du terme « dispositif » à partir des stratégies, *praxis*, des pensées et du contexte historique. Il rattache originellement cette notion à celle des premiers Pères de l'Église qui, sous le vocable *oikonomia,* définissent une pratique qui doit faire face à un problème ou une situation particulière. Pour les Grecs, cette pratique était liée à la bonne marche de la maison (*oikos*). Les Pères latins choisirent de traduire *oikonomia* par *dispositio* dont dérive « dispositif » : « *Le terme dispositif nomme ce en quoi et ce par quoi se réalise une pure activité de gouvernement sans le moindre fondement dans l'être* »[4]. La notion d'économie sous-tend la mise en œuvre de *praxis*, de mesures, de savoirs, de structures qui, par interopérabilité, contribuent à gouverner les comportements, les pensées, les attitudes des individus entre eux. Nous sommes proches de C. Durif-Bruckert qui entend par dispositif « *l'ensemble des mécanismes et des facteurs qui soutiennent les procédures de mise en*

---

1 Rapport de l'OPEPS n° 8 (2005-2006) de Gérard Dériot, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005.

2 Foucault M. (1977). *Dits et écrits*. Vol. 3. Éd. 1994 ; Gallimard, coll. Bibliothèque des sciences humaines. p. 29.

3 Agamben G. (2006). *Che cos'é un dispositivo*. Rome, Nottetempo editore. (Trad. française : Qu'est-ce qu'un dispositif ?), Ed. Payot et Rivages, 2007 p. 31.

4 *Ibid*. p. 27.

place du contrôle social et l'imposition de critères normatifs extrêmement prégnants : surmédicalisation et médiatisation soutenue »[1].

Il n'est pas nécessaire que l'ensemble s'harmonise puisque le dispositif est source de tensions, de conflits, de contradictions, il procède d'une hétérogénéité et ne s'analyse que dans les rapports de forces qui l'engendrent. Le capitalisme exacerbe en le complexifiant le jeu des antagonismes concurrentiels. Il est, par essence, le *primum* des dispositifs mettant l'individu au cœur du système en le ravalant au rang d'objet. Objet en ce sens qu'il est réduit à la condition de sa fonction être un consommateur.

Si le dispositif ne prétend pas à s'harmoniser par l'ensemble de ses composantes, il répond à un principe de cohérence. Sur ce point, c'est-à-dire une finalité commune des éléments d'un système, nous pouvons rapprocher une notion empruntée à la psychanalyse, le « plus de jouir ». Si chaque entité du système n'a pas nécessairement de lien de complémentarité, il partage avec les autres la finalité d'un plus de jouir pour lui même dont le sujet obèse en est que l'instrument. Ce concept résume bien les enjeux du capitalisme même si les politiques publiques ont la volonté d'y résister.

Les exemples à propos de l'obésité ne manquent pas et nous constatons que les industriels de l'agroalimentaire et la grande distribution s'opposent à ceux des produits nés de l'agriculture biologique, des produits de la minceur, qui peuvent se confondre dans leurs intérêts pour des raisons de positionnement de marché. Les médecins nutritionnistes mettent en garde contre les régimes drastiques hyperprotéinés alors que d'autres les prônent comme seule alternative pour recouvrer la minceur perdue. Si l'Éducation nationale promeut les activités physiques, combien de règlements intérieurs d'établissements scolaires limitent les plateaux de jeux et les jeux dans les cours de récréation ? L'État, par l'entremise du PNNS, incite à la consommation de cinq fruits et légumes par jour, mais une partie de la population aux revenus trop bas s'en trouve exclue. Le partenariat public/privé peut favoriser un transfert quant à la responsabilité de la mise en œuvre des politiques nationales en matière de lutte contre l'obésité, par exemple le projet EPODE.

> EPODE
>
> Issu d'un projet d'épidémiologie le programme local mis en place progressivement à partir de 2 villes du Nord et qui compte actuellement 200 villes partenaires. Pilotage par une agence privée dont l'origine est une association loi 1901 FLVS (Fleurbaix Laventie Ville Santé).
>
> Agence fondée par un des acteurs (médecin Dr Horet) et fusion avec une agence de la communication et une agence de marketing social.

1 Durif-Bruckert C. (2011). *La nourriture et nous*. Ed. A Colin, p. 162.

Transformation d'une étude épidémiologique initiale en initiatives d'intervention de terrain. Les collectivités locales emploient un « chef de projet EPODE ». Extension des activités d'ingénierie de la santé, chargé d'un rapport de bonnes pratiques en matière d'obésité commandé par l'UE. Exportation du modèle (Australie, Mexique, Grèce, Espagne, Belgique). Agence Protéines facture 12 000€ (6 000€ municipalité/ 6 000€ partenaires industriels).

« La stratégie initiale d'Epode a été d'épouser le contour des lignes directrices du PNNS. L'idée consistait à transposer les messages du PNNS dans le cadre d'opérations locales visant la vie quotidienne de la population. EPODE se rend ainsi solidaire d'un programme national que d'autres acteurs ont élaboré et ce sont finalement les responsables du PNNS qui valident finalement ses outils, même si les contacts restent minimaux. L'opération "d'encastrement symbolique" est à ce point réussie que de nombreux acteurs locaux rencontrés assimilent EPODE et PNNS / pour nombre de ceux qui sont interrogés, EPODE est conçu comme une "émanation ministérielle" jouissant du sceau de "l'identité publique" dans un champ où les initiatives privées (autres que celles d'associations loi 1901) suscitent méfiance et résistance ». (Bergeron H et al, « un entrepreneur privé de politique publique », *Revue de science politique* 2/2011 (Vol. 61), p 201 -229).

Le ministère de la Santé n'est pas le seul soutien du programme, il bénéficie de l'appui des ministères de l'Agriculture, de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et des Sports. La page d'accueil d'EPODE affiche un nombre impressionnant d'institutions publiques.

Toutefois le transfert de souveraineté n'est pas sans conséquence comme le souligne C. Boubal : « *Enfin, un programme original, "Vivons en forme" (VIF, anciennement "Ensemble, prévenons l'obésité des enfants", EPODE), se développe massivement en parallèle, pour ne pas dire en porte-à-faux, des actions de l'État à partir de 2004. Fruit de la rencontre entre l'association FLVS, une agence de communication et des collectivités territoriales et financé en partie par des industriels de l'agroalimentaire, VIF a été présenté par ses principaux supporters comme une alternative positive, non normative et efficace en matière de nutrition. Ce programme, qui bénéficie d'une subvention de la Commission européenne en 2008, est, à cette occasion, traduite dans les termes du marketing social* »[(1)].

Le Programme pour l'alimentation reprend des slogans proches de ceux élaborés dans le cadre du PNNS, mais d'une part sans réel impact sur la consommation et d'autre part au profit des industriels de l'agro-alimentaire du « fait en France ».

Les publicités qui promeuvent la consommation de produits riches en graisse et en sucre, en particulier pour les enfants, ne trouvent pas de contrepartie d'annonce, si ce

1 Boubal C. (2015). *Op. cit*. p.3.

n'est les bandeaux du site manger-bouger.fr (loi de santé 2004) qui échappent au plus grand nombre des enfants en âge préscolaire ou en début des études primaires, faute de savoir les lire ou lire suffisamment vite.

Les exemples dans le dispositif obésité peuvent se multiplier et confirment qu'il existe des antagonismes majeurs au sujet de la nutrition construits sur des divergences d'intérêts économiques, politiques, ou de santé. Le sujet se trouve pris dans un maillage complexe qui le tire « à hue et à dia ». Alors que l'offre alimentaire n'a jamais été aussi importante, l'information sur la nutrition, la diététique, les maladies de pléthore jamais autant diffusée, le public manifeste un réel désarroi face à la question de se bien nourrir.

Les politiques publiques peuvent ainsi se trouver en position de déléguer à un entrepreneur privé une tâche de santé publique, d'une part parce qu'il est initié et piloté par une officine privée, d'autre part parce qu'il est financé en partie par des firmes privées, issues pour la plus grande partie, de l'industrie agro-alimentaire.

G. Agamben, pour qui le dispositif est un ensemble de mécanismes d'assujettissement et de mise en place d'un contrôle social, rejoint Durif-Bruckert qui le qualifie de cadre théorique de discussion dialectique entre le psychisme et le social[1]. Ceci l'amène à considérer qu'il existe une partition entre les êtres d'un côté et les éléments du dispositif de l'autre. Le sujet se trouve saisi dans les mailles du dispositif qui lui impose ses tensions et contradictions. G. Agamben appelle « *sujet ce qui résulte de la relation, et pour ainsi dire du corps à corps, entre les vivants et les dispositifs* »[2]. Ce qu'il montre, à la suite de M. Foucault, c'est que le dispositif, dans le contexte du capitalisme, procède d'une violence et conduit à des processus de désubjectivation et de marchandisation des corps.

L'obésité, comme dispositif, met en place les mécanismes de clivage entre corps et sujet ; ces mécanismes sont le produit des divisions et des tensions entre les différents acteurs et leurs messages constituent l'ensemble du dispositif. La multiplication des discours, leur contradiction, leur complexité, le niveau d'indépendance face au marché, favorisent une cacophonie où la division du sujet obèse s'opère entre le corps-consommateur et le corps-subjectivé. Le sujet obèse se trouve bien « *capturé, orienté, déterminé, intercepté, modelé, contrôlé dans ses gestes, ses conduites, ses opinions et son discours* ».

Nous mesurons là l'ampleur des difficultés auxquelles se confrontent les politiques publiques en matière de nutrition et plus singulièrement d'obésité : un embrouillamini au service d'intérêts antagonistes dans lequel l'individu est la cible. Le désarroi des personnes en obésité peut se mesurer à l'aune de cette cacophonie. Le dispositif concernant l'obésité saisit le sujet dans l'injonction paradoxale « Mangez – Soyez mince ». Au final,

1 Durif-Bruckert C. *Op. cit*. p. 162.

2 *Ibid*. p.32.

il ne s'agit que d'un paradoxe apparent car le principe de cohérence du dispositif c'est : « Achetez ! ». Les facteurs économiques prévalent comme inducteurs de comportements individuels et collectifs. La personne en obésité se trouve à la fois actrice et victime.

* * *

*

Nous avons tenté de dresser une mise en perspective sociétale de l'obésité. C'est le concept de dispositif qui nous permet de saisir au mieux la place de l'individu au sein d'un système, *a priori* chaotique. Les tensions adverses, les enjeux contradictoires entre les messages de consommation sans frein et l'organisation de ses choix alimentaires, les affichages publicitaires magnifiant le corps « parce qu'il le vaut bien » s'articulent avec ses finalités propres. L'ensemble de ces signaux collectifs entraîne une inondation informative nutritionnelle propre à désemparer la personne en proie avec un problème d'obésité. La question du singulier se pose dès lors que l'on a évoqué la problématique du pluriel. L'individu se trouve saisi dans un système individuel. L'obésité, par l'entremise des représentations sociales contraint l'individu qui en souffre à une réorganisation identitaire. Cette réorganisation est fortement influencée par l'image du corps et par les conduites alimentaires. Si ces composantes n'ont pas l'exclusivité du processus, elles sont les plus influentes dans le rapport à l'autre.

Chapitre 3
De quatre représentations du corps

Qu'est-ce qu'un corps et qu'est-ce qu'un corps pour le médecin ? Il ne s'agit évidemment pas ici d'apporter une réponse exhaustive à une question si vaste. Néanmoins, on peut tenter de comprendre la nature de la relation entre le médecin et le corps du patient. Quatre dimensions du corps sont en jeu dans cette relation : le corps-objet, le corps imaginaire et l'image du corps, ainsi que les corps symbolique et utopique.

Nous entendons par « corps-objet » celui de l'anatomiste, celui dont chaque partie peut être prise indépendamment du tout ; l'examen clinique en est un des usages. Le « corps imaginaire » permet de poser la question de la représentation du corps pour un individu, en premier lieu dans une dimension de représentation inconsciente, mais aussi confrontée au regard, regard de l'autre, le médecin en particulier, et de lui-même. Il se distingue du « corps symbolique » qui intègre d'autres images de corps par un effet mimétique, d'apparence pour ce qui concerne l'obésité, ou d'histoire de maladie dans d'autres cas. Enfin, lorsque nous aborderons le « corps utopique », c'est pour illustrer une dimension corporelle qui tend à échapper aux limites mêmes de l'enveloppe charnelle, une utopie, un corps sans lieu, sans limite. Nous verrons en quoi ces quatre dimensions du corps sont à l'œuvre dans une relation médicale et comment l'obésité va trouver sa place dans ces quatre espaces de la corporéité.

Pour en saisir les liens, nous partirons de l'histoire de la dissection qui aide à comprendre comment médecins et artistes ont contribué à construire une image anatomique et esthétique du corps. Nous appréhenderons l'apport de la philosophie pour éclairer le dualisme corps/esprit (*soma/psyché*) qui reste le modèle dominant dans l'approche des maladies dans notre société, aux dépens d'une perception plus globalisante du corps. Nous compléterons ce travail par une approche sur l'image du corps, en particulier à travers le prisme de la psychanalyse. Enfin, nous tenterons d'éclairer les concepts de corps utopique et de corps symbolique au moyen de la philosophie et de l'anthropologie, avant de conclure cette réflexion sur la construction sociale du corps.

Cette approche se limite volontairement aux sociétés occidentales. Le travail de terrain se limitant aux représentations de médecins exerçant en France, il convenait que l'adéquation entre ce qui a été réalisé sur le terrain et les apports théoriques garde sa cohérence.

Il existe différentes approches du corps qui s'associent avec les représentations que le médecin construit dans la relation de soin. Certaines sont d'ordre commun, partagées par la plupart des individus d'une société, D'autres sont plus spécifiques au travail du

médecin et interfèrent avec le savoir qu'il a sur le corps. Toutes opèrent le plus souvent dans des combinaisons et des proportions variables selon les situations de l'exercice professionnel, mais aucune ne lui est étrangère. La médecine occidentale a privilégié le corps comme objet de science et de soins. Il faut aller du côté de la psychiatrie pour rompre avec ce modèle dominant, encore que les neurosciences nous y ramènent. La question du corps (*soma*) et du lien à la *psyché* est toujours posée dans une relation de soin. Mais, pour la saisir, il convient de répondre à la question : « Qu'est-ce qu'un corps ? », ou plus précisément : « Qu'est-ce qu'un corps pour le médecin ? Quelle part de la conscience du corps est en jeu dans cette relation ? ».

Pour A. Corbin, la Bible nous enseigne que « *l'apparition de la conscience et de la crainte de Dieu est clairement liée à la prise de conscience du corps et de la sexualité* »[1]. Au commencement, « *tous deux étaient nus, l'homme et sa femme, et ils n'avaient pas honte l'un devant l'autre* », puis plus loin : « *Elle prit de son fruit et mangea. Elle en donna aussi à son mari, qui était avec elle, et il mangea. Alors leurs yeux à tous deux s'ouvrirent et ils connurent qu'ils étaient nus ; ils cousirent des feuilles de figuier et se firent des pagnes* »[2].

C'est de ce point d'émergence de la conscience du corps, à la fois nu et sexué, que nous pouvons nous interroger sur la relation qu'entretient le médecin au corps de son patient. Le médecin voit, touche, sonde le corps jusque dans l'intimité des individus. De la conscience du corps se construit le corps de la modernité qui résulte « *du recul des traditions populaires et savantes médiévales et l'avènement de l'individualisme occidental et marque la clôture du sujet sur lui même (…). Il traduit également la rupture ontologique entre le cosmos et le corps* » [3].

Ce dualisme primordial entre l'être et le cosmos trouve son pendant dans la division du sujet entre son corps et sa psyché.

« *J'ai un corps bien à moi, semble-t-il, et c'est ce qui fait que je suis moi. Je le compte parmi mes propriétés et prétends exercer sur lui ma pleine souveraineté. Je me crois donc unique et indépendant. Mais c'est une illusion, car il n'est pas de société humaine où l'on pense que le corps vaille par lui-même. Tout corps est engendré, et pas seulement par ses père et mère. Il n'est pas fabriqué par celui qui l'a, mais par d'autres. Pas plus en Nouvelle-Guinée, en Amazonie ou en Afrique de l'Ouest qu'en Europe, n'est-il pensé*

1 Corbin A. (dir.) (2005). *Histoire du corps, de la Renaissance aux Lumières,* Paris, Ed. Seuil. p. 26.

2 *Genèse*. Chapitre 2 et chapitre 3, verset 1.

3 Le Breton D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité*. PUF, coll. « Quadrige Essais Débats » p. 36.

comme une chose. Il est au contraire la forme particulière de la relation avec l'altérité qui constitue la personne. »[1]

Nous saisissons combien la construction du sentiment que nous avons de notre corps est pour une grande partie une construction sociale. La confrontation par l'altérité contribue à s'édifier comme être corporel et est source de reconnaissance.

Si le corps est le résultat d'une construction sociale, en quoi ce qui relève de sa pure nature biologique occupe-t-il le médecin de façon si prégnante ? T. de Saint Pol invite à ne pas négliger ces deux aspects : « *On ne peut en aucun cas s'intéresser au corps désirable sans accorder une place essentielle aux normes médicales et au rôle que les médecins jouent dans leur définition. Il convient de ne pas oublier qu'avant d'être un objet social, le corps est un ensemble d'os, de chair et de sang, constitué de réserves de graisse mais aussi de muscles et d'organes ».*

Le dualisme de l'individu entre ses dimensions d'être biologique et d'être social est une des questions les plus récurrentes dès qu'il s'agit d'aborder la question du corps. Si T. de Saint Pol commence par en poser le premier terme, il ne tarde pas à aborder le second : « *D'Émile Durkheim, à Pierre Bourdieu, en passant par Marcel Mauss, le corps est l'objet de déconstruction visant à faire apparaître son caractère fondamentalement social. Cette opération a souvent été réalisée au détriment du caractère "naturel" du corps humain, laissé aux médecins et aux biologistes* »[2].

C'est précisément à ce point de rencontre du corps comme objet socialement élaboré et objet de nature que le médecin se trouve impliqué dans sa fonction soignante. Pourquoi un corps morcelé, réduit à un objet de science, tel le malade confondu avec sa maladie, continue-t-il d'exister, au prix d'un remaniement, dans une plénitude de reconnaissance sociale ?

Autant de questions qui éclairent la place du corps du patient dans la relation de soin. D. Le Breton souligne le choix de la médecine dans une dichotomie nature/culture de la corporéité : « *La médecine repose sur une anthropologie résiduelle, elle a fait le pari du corps, estimant possible de soigner la maladie (perçue comme étrangère) et non un malade en tant que tel* »[3].

Nous aurons à revenir sur cette singularité de la médecine occidentale moderne lorsqu'il s'agira d'aborder la notion de relation de soin et plus particulièrement celle impliquant les personnes qui souffrent d'obésité.

---

1 Breton S. (2007). Catalogue de l'exposition *Qu'est-ce qu'un corps ?* Musée du quai Branly/Flammarion. Paris.

2 De Saint Pol T. (2010), *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids,* coll. « Le lien social », PUF, p. 2.

3 Le Breton D. (2008). *Op. cit*. p. 14.

Nous n'appréhendons le corps de l'autre qu'au travers de notre propre corps : « *L'esprit humain ne perçoit de corps extérieur comme existant en acte que par les idées des affections de son propre corps* »[1]. Bien plus tardivement la phénoménologie a, elle aussi, soutenu qu'il est un corps que s'il est parlé et représenté.

Il est bien impossible de l'appréhender dans toutes ses dimensions tant il est divers comme objet d'étude, bien qu'il existe des éléments communs aux disciplines qui s'y intéressent, en particulier la nature ou les déterminants de ses représentations. Le corps se décline, se donne comme objet d'étude par mille abords : corps-objet ou corps-chose, corps-imaginaire, corps utopique, corps-propre et corps-sujet, corps-spectacle, mystique ou symbolique, mais aussi corps-marchandise, corps-machine...

A. Le corps-objet et le corps-chose

1. De l'influence des anatomistes sur la représentation du corps

Le *corps-objet* est la part matérielle de l'individu. Il est caractérisé par une structure et une fonction. Cette approche se superpose à la notion d'« organisme », défini comme la somme des organes. Pour M. Marzano il est « *tout d'abord un objet matériel et, en tant que tel, il s'inscrit dans le devenir et dans le paraître (...), il est l'objet que nous sommes* »[2]. Dans cette stricte perspective, il n'est pas un *corps-sujet*, un *corps-propre* comme le définit M. Merleau-Ponty[3], mais *« à l'ambivalence entre corps-sujet et corps-objet s'est substituée l'opposition entre corps-totalité qui semblerait coïncider avec la personne et corps-ensemble d'organes qui aurait le même statut que les choses »*[4]. Le *corps-objet* ou l'*ensemble d'organes*, c'est le corps de la science, le corps anatomique, physiologique, anthropométrique, le corps cadavre, le *corpse* des anglo-saxons, dont Bossuet dit : « *Même celui de cadavre ne lui demeurera pas longtemps; il deviendra un je ne sais quoi*

---

1 Proposition 26 de l'*Éthique* de Spinoza, citée par Dargent J. (2005) in *Le corps obèse*, coll. « Milieux », Champ Vallon, p. 8.

2 Marzano M. (2010). *La philosophie du corps*. Que sais-je ? PUF, p. 4 (2e éd.).

3 Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, coll. Tel (2012). Maurice Merleau-Ponty et Marcel Mauss dégagent la signification du « corps propre » en distinguant « mon corps » des autres corps (*körper*) en tant qu'il est chair (*Leib*) associé à la vie (*Leben*) animée, et à ce titre il possède une âme. Pour les deux auteurs « mon corps » n'est pas un objet du monde qu'on s'approprie comme pourrait l'être un « corps-objet ». Il n'est pas un corps comme les autres en tant qu'il est « mon corps » précisément. Le « corps objet » qui peut être décomposé, étudié par la science est « le corps que j'ai ». Le « corps propre » lui est tout à la fois « moi et mien » ou le corps « que je suis ». In Gül Cevahir-Sahin G. Thèse doctorat ; Paris Sorbonne, 2007.

4 Marzano M. (2010). *Op. cit*. p. 3.

qui n'a plus de nom dans aucune langue »[1]. Même sans nom, le cadavre conserve une valeur particulière « *sous son aspect extérieur, il apparaît comme un objet inanimé mais non pas comme un objet ordinaire* »[2].

Le corps est source de mesures, d'examens, il est manipulé, scruté, testé par le médecin. Il est aussi celui de la biologie, de l'imagerie, c'est le corps de l'investigation médicale, de la confrontation à des standards et à des normes. Cette segmentation et parcellisation du corps fait écrire à D. Pennac : « *Quant aux médecins, ceux d'aujourd'hui, le corps c'est bien simple, ils ne le touchent plus. Ils n'en ont, eux, que pour le puzzle cellulaire, le corps radiographié, échographié, scanné, analysé, le corps biologique, génétique, moléculaire, la fabrique d'anticorps. Plus on l'analyse, ce corps moderne, plus on l'exhibe, moins il existe. Annulé à proportion inverse de son exposition* »[3].

Le corps peut-il être, dans l'exercice de la médecine, *« pensé comme une chose »* ? D. Lebreton s'en inquiète : *« La médecine classique fait du corps un* alter ego *de l'individu. Elle écarte de ses soins l'homme souffrant, son histoire personnelle, sa relation à l'inconscient, pour ne considérer que les processus organiques qui se jouent en lui* »[4].

Comment en est-on arrivé à de tels propos ? L'histoire de la médecine répond en partie à cette question. L'abandon progressif d'une médecine chamanique, avec sa dimension d'irrationnel, pour construire à mesure une science médicale est la trame générale de la compréhension. Pour autant, elle est insuffisante pour saisir la totalité du phénomène. Si les découvertes en matière de science médicale ont contribué à la reconnaissance d'un corpus solide de connaissances, elles ont aussi généré l'idée que le progrès permettra la résolution de la question ultime des relations causales entre la maladie et l'humain. Cette idée est assez commune parmi les médecins qui restent persuadés que les interrogations d'aujourd'hui seront des vérités de demain, et ainsi de suite. L'analyse des parties donnera alors une connaissance du tout. Mais le tout peut-il se résumer à la somme de ses parties ?

Appréhender le corps dans une dimension d'objet est consubstantiel à la pratique de l'examen clinique. La sémiologie médicale est construite à l'aune de l'interprétation des signes du corps. Leur présence ou leur absence, leurs rapprochements en grappe pour

---

1 Bossuet (1662) cite Tertullien in S*ermon sur la mort, pour le vendredi de la IV*e *semaine de Carême*. In *Œuvres*. Bibliothèque de la Pléiade. p. 1228 : « *Il n'y aura plus sur la terre aucuns vestiges de ce que nous sommes : la chair changera de nature; le corps prendra un autre nom; même celui de cadavre ne lui demeurera pas longtemps; il deviendra, dit Tertullien, un je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue : tant il est vrai que tout meurt en lui, jusqu'à ces termes funèbres par lesquels on exprimait ses malheureux restes.* »

2 Peter-Décarsin C. (1995). *Le corps mort : sujet ou objet de l'autopsie ou de la naissance du cadavre à la mort de l'homme*. DEA éthique médicale et biologique. (Directrice Mme le Pr Rudler). Necker, Paris. p. 1.

3 Pennac D. (2012). *Journal d'un corps*. Paris, éd. Gallimard. p. 12

4 Le Breton D. (2008). *Op. cit*. p.14.

définir des syndromes ou des maladies constituent comme un langage du corps dont les traités de médecine seraient les dictionnaires. Pour l'étudiant en médecine, la planche anatomique, l'écorché, comme représentations du corps-objet, constituent toujours et encore les supports d'un incontournable apprentissage du rapport entre les éléments constitutifs du corps humain. Pour autant, nous n'ignorons pas la différence entre une dissection sur un cadavre raide et froid et l'examen d'une personne, fût-il limité à une petite partie de son corps (comme l'examen d'une articulation douloureuse) que l'on touche, qui est chaude, qui réagit et qui ne peut être saisie que dans la totalité d'un corps vivant.

Dans son approche objectale du corps, la médecine distingue ce qui relève du normal et du pathologique – même si G. Ganguilhem discutera cette scission en introduisant la notion de *continuum* et d'adaptations incessantes entre les deux par d'infimes variations[1] –, faisant ainsi la part entre une référence indemne de toute maladie et l'ensemble des pathologies en jeu pour altérer le corps. À savoir que l'apprentissage médical oppose l'homme sain à l'homme malade. Cette dichotomie, nécessaire à l'apprentissage des maladies, est insuffisante, voire inopérante, lorsqu'il s'agit de soigner une personne.

Le sujet, même malade, ne peut se réduire à sa maladie. La classification des syndromes et des maladies crée des inventaires qui permettent la reconnaissance des caractéristiques des diverses pathologies qui les constituent et, ce faisant, la genèse des diagnostics mais sans y intégrer le soin. De façon générale, l'identification par ses signes d'une maladie est un préalable à son traitement, et les traités de médecine déclinent l'approche médicale des maladies en : signes, diagnostic, traitement. Cette démarche trouve sa cohérence en construisant des « formes cliniques », variations autour d'une description princeps, qui mettent en relation ces entités élémentaires que sont les signes et procède ainsi à en donner un sens. Là encore, c'est l'histoire qui nous éclaire sur la manière dont s'est construite la nosologie médicale. Un effet d'abondement a permis d'établir une classification clinique de plus en plus fine des maladies et de ses manifestations. Des contributions régulières sont venues compléter et amender l'existant.

C'est à la Renaissance que se transforme la vision d'un corps irrationnel traversé d'une « intentionnalité » divine. Le corps n'est pas le produit incarné de la volonté de Dieu et fait à son image. Le corps devient objet de science, débarrassé de toute implication surnaturelle : « *Son fonctionnement dépend de lui-même et des organes qui le maintiennent en vie. Il n'est plus sous l'influence des forces occultes* »[2].

---

1 Canguilhem G. (1943). *Le normal et le pathologique.* Paris, coll. Quadrige, PUF. 11e éd. (2009).

2 *De la mythologie à l'histoire du corps gros* p. 17 http://www.lcdpu.fr/resources/titles/27000100832300/extras/adolescente_intro.pdf 19/01/13.

Selon D. Le Breton, le corps cesse d'être un élément du cosmos dans le processus d'individuation qui se fait jour : « *Dans ce monde de la coupure, le corps devient frontière d'un homme à un autre* »[1], non seulement frontière entre soi et l'autre et aussi entre la connaissance et sa condition charnelle d'être humain. Il poursuit : « *(L'homme de la Renaissance) se trouve encombré d'un corps déprécié, accidentel, obstacle à la connaissance du monde environnant (…). Le corps est un reste. Il n'est plus le signe de la présence humaine, indiscernable de l'homme, il est sa forme accessoire. La définition moderne du corps implique que l'homme soit coupé du cosmos, coupé des autres, coupé de lui-même. Le corps est le résidu de ces trois retraits* »[2].

Pour D. Le Breton, l'anthropologie cosmique structure les cadres sociaux et culturels. L'homme n'est pas distingué de la trame communautaire et cosmique. L'individualisme permet l'individuation par la matière, c'est-à-dire par le corps. Le corps devient un attribut de l'homme et non plus son essence. De nos jours, ce concept d'attribut n'est pas caduc, loin s'en faut, il est même au centre des préoccupations de la modernité : le corps est, aujourd'hui, un objet façonnable.

Cette position d'individuation de l'homme de la Renaissance n'est pas partagée par tous ; on trouve chez E. Cassirer une approche différente[3]. Le retour de la philosophie néo-platonicienne en est aussi un contre exemple de l'époque[4].

Ce processus d'individuation conduit à une autre perspective du corps et marque la différence d'un individu à un autre. Il donne un accès facilité à la compréhension du corps ; l'anatomie et la dissection en sont des exemples privilégiés. Il s'opère, par ce biais, un basculement dans l'approche de la connaissance médicale, à commencer par les agencements anatomiques.

Pour ce qui relève de l'apprentissage de l'anatomie, le médecin évacue la dimension du sujet pour ne s'affairer qu'autour du corps qui n'est pas « *saisi dans la trame du sens* »[5]. En témoigne l'apprentissage de la neuro-anatomie au travers de la seule imagerie par les scanners ou les IRM où le corps se trouve réduit à une virtualité. Ici, même le cadavre est absent, ne permettant plus de prendre en considération le corps pour ce qu'il a été, un corps vivant d'une personne aujourd'hui disparue. Il se limite à une image circonscrite à l'objet d'étude. Dans ce cas, si le corps fait sens, ce n'est qu'au travers de l'hypothétique

---

1 Le Breton D. (2008). *Op. cit*. p. 47.

2 *Ibid*. p. 47.

3 Cassirer E. (1927). *Individu et cosmos dans la philosophie de la Renaissance*. Paris, éd. de Minuit. Coll. « Le sens commun ». (Trad., 1983).

4 Sur ce point, voir l'œuvre de Marsile Ficin à la tête de l'Académie platonicienne de Florence fondée en 1459 par Cosme de Médicis.

5 Le Breton D. (2008). *Op. cit.* p. 4.

présence de la lésion. La lésion, parce qu'elle permet de suspecter et de nommer la maladie. Et, en conséquence, elle fait advenir, par son existence même, une personne malade.

L'anatomie est la science descriptive des éléments constitutifs du corps dans leur normalité en incluant quelques variations naturelles dites « anatomiques » (c'est-à-dire aux marges de la norme) qui n'entraînent aucune atteinte au bon fonctionnement de l'organe. Les nuances relèvent principalement d'un trajet, d'une division, d'un aspect, d'une topographie. À cette approche descriptive normative, la médecine oppose le pathologique, ce qui précisément, du seul fait de l'existence d'une anomalie, entrave ce bon fonctionnement de l'organe, d'une partie ou de l'ensemble du corps. Mais là encore, il s'agit d'en faire une description objective touchant également au trajet, à l'aspect, aux rapports anatomiques avec les éléments de proximité, et aux altérations de la fonction. S'il y a anormalité, il se produit une rupture avec le bon fonctionnement. Dans les deux cas le corps-objet est approché sans qu'il soit attribué à un sujet. « *(La médecine) demeure fidèle à l'héritage vésalien, elle s'intéresse au corps, à la maladie, non au malade* »[1].

À mesure que progresse la connaissance anatomique, les traités affinent les représentations du corps. En 1538, A. Vesale publie les *Tabulae Anatomicae sex*[2], dans lequel il collige dans six planches anatomiques l'ensemble des dessins réalisés au cours de dissections. Il réalise en 1543 à Bâle la première dissection publique sur le corps d'un criminel. Il crée une rupture épistémologique en ne considérant plus l'homme comme une parcelle du cosmos[3]. Cette nouvelle posture, qu'il partage avec d'autres de ses contemporains, lui permet une approche systématisée des organes, où la dimension sacrée de telle ou telle partie du corps est absente. Si les planches d'A. Vesale révèlent sur les visages des écorchés des expressions de sentiment, absentes des traités modernes, peut-être est-ce dû au graveur supposé des planches, J. de Calcar, élève de Titiano. La collaboration avec un artiste permet cette cohabitation saisissante entre les ventres ouverts, tripes à l'air, et les visages quasi mystiques des écorchés.

A. Vesale publie son travail en 1543, *De humani corporis fabrica* (« La fabrique du corps humain »)[4], traité majeur de l'anatomie de la Renaissance qui remet en cause le travail de Galien.

---

1 *Ibid*. p. 14.

2 *Tabulae anatomicae sex, six plates*, 1538. Special Collections Department, Library, University of Glasgow.

3 Sur ce point nous avons vu que le courant n'était pas univoque. A. Vesale fait partie des personnages qui se sont affranchis de la vision cosmique de l'homme.

4 Vesale A. (1543) *De humani corporis fabrica libri septem.* La fabrique (La fabrica) du corps humain en sept volumes est un texte d'Andréas Vesalus (1514-1564) publié en 1543. Ce livre est fondé sur ses travaux padovans, durant lesquels il s'éloigne des pratiques communes de dissection des cadavres pour illustrer ce qui était débattu. Il décrit avec soin les organes et la structure complète du corps humain. Le traité comporte

Pour illustrer cette rupture épistémologique et la liberté que s'octroient les anatomistes du *Quattrocento,* citons M.-R. Colombo (1510-1559). Universitaire à Padoue, conférencier en anatomie et successeur de A. Vesale, il a pratiqué plus de mille dissections. À l'époque, il était encore rare de pratiquer la dissection sur des cadavres de femmes[1]. Pourtant, M.-R. Colombo décrit dans *De re anatomica* (1559) « l'*amor veneris »* en relation avec les organes génitaux féminins[2].

Avec cette nouvelle place accordée à l'Homme qui favorise le développement de la médecine, comment l'Église a-t-elle réagi ? Elle avait autorisé la dissection à certaines conditions (condamnés, morts étrangers à la ville, expertise avant rapatriement des os dans la ville d'origine). La pratique de la dissection n'est pas née avec la Renaissance ; une longue tradition depuis l'Égypte ancienne en témoigne. Pour ce qui est de l'Occident chrétien, dès le Moyen Âge, la dissection à des fins de connaissance intéresse les médecins. Le pape Innocent III (vers 1161-1216) réglemente dans son encyclique *Ecclesia abhorret a sanguine* (« L'Église a horreur du sang ») l'enseignement de l'anatomie, mais interdit « *aux clercs et aux moines toute étude de la partie de la chirurgie qui a à faire avec le brûler et le couper* »[3]. Ce texte donne quelques libertés, sous réserve d'appartenance à des écoles ou des universités réputées, sans risque d'excommunication afin d'approfondir la science médicale. Mais en 1299, dans sa bulle *De sepolturis*, Boniface VIII promet l'excommunication à tous « *ceux qui extrairaient les viscères du corps des défunts pour en faire un abus horrible et détestable, qui font bouillir inhumainement les corps morts et les privent ainsi de la couverture de leur chair* »[4].

De fait l'Église n'a jamais interdit la dissection, mais seulement le fait d'ébouillanter les cadavres afin de détacher la chair des os et favoriser ainsi le commerce de fausses reliques au prétexte de mort en Terre Sainte – pratique qui s'était répandue avec les croisades –, ou encore de dissimuler des crimes. En 1315, à Bologne, est créée la première école d'anatomie en Europe. La première dissection officielle est réalise par M. de' Liuzzi (1270-1326) qui la codifie. Elle se pratique en hiver, généralement pendant quatre jours. Les organes sont prélevés et examinés dans un ordre précis en fonction de la vitesse de putréfaction : abdomen, thorax pour le cœur et les poumons, cerveau et enfin muscles. Les

---

700 pages et 300 gravures.

1 Pour illustration il est possible de se référer à l'ouvrage de Andahazi F. (1999). *L'anatomiste*. Paris, éd. R. Laffont.

2 Colombo R. (1559) *Cremonensis... De re anatomica. libri* XV. Venetiis : Ex typographia Nicolai Beuilacquæ. http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k53869w

3 Ploteau S. (2000). *Bilan de dix ans d'une association pour les dons de corps au laboratoire d'anatomie de Nantes*. Thèse de doctorat en Médecine. Faculté de médecine de Lille. p. 3.

4 http://pacs.unica.it/biblio/old/storia3.htm

os ne sont jamais prélevés afin d'être rapatriés si besoin dans la ville d'origine du défunt. Trois personnages œuvrent à la dissection : l'exécutant, le prosecteur *(prosector)*, le plus souvent un barbier, qui porte une tunique courte découvrant ses jambes en signe de rang inférieur, aidé d'un démonstrateur *(ostensor)* qui guide la dissection, sous l'œil du professeur *(magister)* en robe longue d'où ne dépassent que les chaussures comme marque de reconnaissance de son statut culturel[1]. Les étudiants qui y assistent peuvent être vingt pour un cadavre d'homme et trente s'il s'agit d'une femme.

On peut avancer qu'il existerait une progression de concert entre la connaissance anatomique d'une part et la clinique médicale d'autre part. Ce n'est pas l'avis de M. Foucault. Pour lui, rattacher le nouvel esprit médical à la découverte de l'anatomopathologie est historiquement faux, de même qu'il trouve erronée la pensée commune de croire à une anatomopathologie souterraine qui aurait transgressé la position officielle de l'Église, et se serait exposée ainsi à quelque châtiment. M. Foucault souligne : « *Anatomie et clinique ne sont pas du même esprit (...). Le conflit n'est pas entre un jeune savoir et de vieilles croyances mais entre deux figures du savoir* »[2]. Pour lui, l'anatomie pathologique n'a pas construit son histoire dans la pénombre et aux frontières de l'interdit, permettant de façon obstinée mais furtive la naissance d'une médecine enfin débarrassée du joug de la religion. Il plaide pour un cheminement distinct de la clinique et de l'anatomie.

2. Médecins et artistes : un intérêt commun pour la corporéité

Ce qui retient notre intérêt pour la Renaissance, c'est le rapprochement entre artistes et médecins autour de leurs préoccupations respectives pour la corporéité : les uns pour saisir les subtilités des lignes sous-tendues par la charpente du corps, squelette et muscles, dans un souci de perfection plastique et réaliste ; les autres pour comprendre la biomécanique articulaire, la topographie et le rapport des organes entre eux et en ébaucher leur fonctionnalité. La chose est si vraie que P. Pacifici[3] indique que « *le cardinal G. Paleotti écrit en 1582 (période du maniérisme) son* Discorso alle immagini sacre e profane *pour inviter les artistes à se tenir à ce nouvel idéal de décor et de clarté (l'anatomie)* »[4].

---

1 Lors des soutenances actuelles de thèse de médecine, il arrive que les membres du jury revêtent une toge dont la longueur est précisément celle des anciens *magistri*. Les médecins portent une toge noire tandis que les professeurs revêtent un habit rouge.

2 Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris, PUF, Quadrige. 7e éd. 2007 ; VIII, p. 127.

3 Pacifici P. (2010). *Chairs mortifiées. Connaissance anatomique et esthétique de la souffrance dans la représentation des martyrs au XVIe et XVIIe siècle*. In Bouteille- Mestier C, Aukrust K. *Corps sanglants, souffrants et macabres*. XVIe et XVIIe siècle. Presse Sorbonne nouvelle. p. 27.

4 Le cardinal Gabriele Paleotti écrit en 1582 son *discorso alle immagini sacre e profane* pour inviter les artistes à se tenir à ce nouvel idéal de décor et de clarté représenté, entre autres, par Batolomeao Passerotti, qui projetait d'écrire un traité d'anatomie à l'intention des artistes, et qui est probablement l'auteur du tableau *La leçon d'anatomie des artistes* de la galerie Borghese.

Si ce texte avait pour vocation première l'éducation religieuse des habitants du diocèse de Bologne, il constitue aussi une ouverture vers le monde des artistes et la représentation des martyres. G. Paoletti collabore avec U. Aldrovandi, l'un des plus célèbres naturalistes de l'époque, qui insiste, dans sa correspondance avec le cardinal, sur la nécessité pour les artistes d'acquérir des connaissances anatomiques : « *Pour que le peintre se fasse en cela (l'anatomie) très instruit et excellent, il est nécessaire qu'il dialogue avec les très excellents anatomistes et qu'il regarde avec diligence toute la section du corps humain (...), afin qu'il puisse à l'occasion peindre quelques martyres, comme celui de saint Érasme*»(1).

On y voit à la fois l'intérêt pour la connaissance scientifique et la volonté des artistes à représenter le corps dans la fidélité de sa nature. Selon A. Ghirardhi, la relation de vraisemblance que l'art du XVI^e^ siècle entretient avec la réalité fait de l'anatomie « *la servante de l'art sacré, redevenue, comme au Moyen Âge,* Biblia pauperum »(2).

Le martyre de saint Érasme, éviscéré après avoir été torturé, dont l'une des plus belles représentations est due à N. Poussin, amène U. Aldrovandi à le porter comme exemple de ce que serait la nécessité de représenter de façon la plus réaliste possible les viscères extirpés, ceci afin de faire preuve de maîtrise et ainsi assujettir la représentation de l'intérieur du corps à la même esthétique mimétique qui s'impose à ses formes extérieures(3).

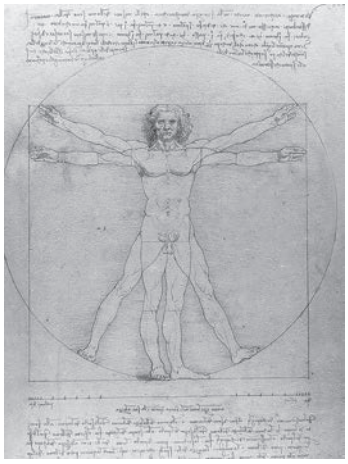
N. Poussin, *Martyre de saint Érasme* (détail)

1 Pacifici P. *Op. cit.* p. 27.

2 Ghirardi A., Passerotti B. « Il culto di Michelangelo e l'anatomica nell'età di Ulisse Aldrovandi ». In Giuseppe Olmi (2004), *Representare il corpo*, Bologne, Bonnonia, University press. p. 155.

3 Pacifici P. *Op.cit.* p. 28.

L. de Vinci, qui a collaboré avec M. della Torre, un célèbre anatomiste, s'intéresse aussi particulièrement aux proportions du corps. Dans ses *Carnets*[1] il y a nombre de précisions techniques d'ordre anthropométrique. Il dessine « l'homme de Vitruve » à partir du traité d'architecture de M. Vitruvius en « s'inspirant », car il ne parlait pas le latin, de plusieurs paragraphes de ce traité, dont celui-ci : « *Or, voici les proportions que lui a données la nature : le visage, depuis le menton jusqu'au haut du front, à la racine des cheveux, est la dixième partie de la hauteur de l'homme ; la paume de la main, depuis l'articulation du poignet jusqu'au bout du doigt du milieu, a la même longueur ; la tête, depuis le menton jusqu'au sommet, forme la huitième partie; même mesure par derrière; depuis le haut de la poitrine jusqu'à la racine des cheveux, il y a une sixième partie, et jusqu'au sommet de la tête une quatrième…* »[2]



L. de Vinci, *L'Homme de Vitruve*

Ce dessin, érigé en modèle, au-delà de l'approche mathématique des proportions du corps humain, a donné aussi une représentation d'esthétisme. L'image du corps par ce jeu des proportions pose les canons de l'harmonie et fixe ce qui a été, et est encore en partie, appréhendée comme une norme.

Si l'homme de Vitruve[3] marque les esprits, il ne s'inscrit pas comme une référence esthétique définitive puisque Michel-Ange, les maniéristes jusqu'aux artistes du baroque,

---

1 Ces douze carnets datent de 1487 à 1508 environ. De format et de contenu variés, ils sont plus scientifiques et techniques qu'artistiques. Certains ont un très petit format et pouvaient tenir dans la poche de l'artiste. Ils contiennent des notes, des croquis et des ébauches de traités sur des sujets divers qui n'ont pas encore tous perdu leur mystère. L'écriture de Léonard de Vinci – qui était gaucher – est inversée et se lit de droite à gauche. Sa langue est l'italien mêlé de dialecte lombard. Son orthographe est personnelle et il n'use d'aucune ponctuation ni d'accentuation. Conservation à la Bibliothèque de l'Institut de France. Paris.

2 Vitruve. *De Achitectura*. Livre III. Chap.1. paragraphe 1. trad. nouvelle par Ch.-L. Maufras. Ed bilingue C. L. F. Panckoucke, 1847. Paris.

3 Cette représentation a vocation à définir les proportions idéales du corps humain. Mais elle fonde un archétype dont il s'en suit qu'elle pose en même temps les bases d'une esthétique du corps. Il suffit pour

vont rompre avec ce modèle en transformant le réel au profit de l'expressivité, au risque de l'inexactitude anatomique. L'intention artistique s'émancipe de la réalité physique.

Ultérieurement, le traitement du corps par les médecins et les artistes a continué de trouver, pour des raisons différentes, des rapprochements. Les premiers restent préoccupés par le réalisme didactique de la représentation du corps, les autres parce que les traités d'anatomie restent longtemps un support à l'expressivité artistique.

À l'époque moderne, le démantèlement du corps chez les peintres ou les sculpteurs trouve encore un écho chez les médecins dont la nouvelle vision anatomique procède d'une approche similaire du corps humain morcelé par l'entremise de l'imagerie médicale qui en offre des visions partielles par coupes.

3. De la dissection des corps obèses

J. Dargent(1) rappelle que les premières dissections anatomiques d'un obèse publiées sont rapportées par le médecin suisse T. Bonetus en 1679(2), puis par G. Morgagni en 1761 dans *Le siège et les causes des maladies démontrés par l'anatomie*(3). A. von Haller, autre physiologiste suisse, y fait référence en 1757 dans le premier tome d'un traité de physiologie humaine (*Elementa physiologie corporis humani*, 1757-1766)(4). En 1829, W. Wadd est le premier à présenter des dissections d'obèses dans le cadre d'une étude monographique complète (*Cursory Remarks on Corpulence or Obesity Considered as a Disease)* : douze cas cliniques de patients obèses sont analysés, deux de ces patients seront examinés *post mortem* (avec « la découverte de grandes accumulations de graisse »)(5). Quant à l'art, il n'existe pas de leçon d'anatomie qui mette en scène un cadavre obèse ; la mort ne peut-elle pas être représentée par un débordement de chairs ? Elle est représentée, image étique, par les seuls os sur la peau ou peu s'en faut. La peinture reste un reflet fidèle des séances de dissection : un maître et des élèves autour d'un cadavre dont il convient de percer le secret anatomique. La plus célèbre d'entre elles est la *Leçon d'anatomie du docteur Tulp.*

---

s'en convaincre d'y confronter l'image que renvoie le nanisme, le gigantisme, et toutes les déformations physiques. À ce titre, l'ouvrage de E. Gofmann (*Stigmate*, 1963) en est une illustration.

1 Dargent J. (2005) *Op. cit*. p. 41

2 Bonitus T. (1679). *Sepulchretum sive anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis*. Genevae : sumptibus, éd. L. Chouet, 1679 *Cote : Académie de médecine, 10395bis, exemplaire de l'Académie de Médecine.* http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?extacad10395bisx01.

3 Morgagni G. (1824). *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*. Tome 9. Trad. latin Desormeaux M.-A. et Destouet J.-P. Éd. Bechet Jeune.

4 Von Haller A. (1757). *Elementa physiologiae corporis humani ;* Tome 1. Lausanne, Bousquet et soc.

5 Haslam D., Rigby N. (2010). "A look of obesity". *The Lancet*, Vol. 376, Issue 9735. p. 85-86.

Rembrandt, *Leçon d'anatomie du docteur Tulp*

Dans cette œuvre de Rembrandt, on relève une modification de l'ordonnancement des personnages autour du maître. C'est ce dernier qui officie pour la dissection ; *prosector* et *ostensor* ont disparu. De nos jours, le médecin est aidé par un « garçon de salle » qui s'occupe du cadavre, généralement sans participer à la dissection.

Du XVI^e^ au XIX^e^ siècle, l'anatomie progresse et s'applique à décrire les organes dans leurs fonctions, la mécanique articulaire, la fonction circulatoire avec la découverte par W. Harvey de la grande circulation – la petite circulation était connue par les travaux de Ibn Nafis dès le XIII^e^ siècle. À ce moment, l'anatomiste ne trouve plus de relais chez l'artiste pour illustrer la progression du savoir médical et seuls les traités de médecine accueilleront pour des raisons didactiques les dessins et les planches. Chez les nantis, il n'est pas rare d'être invités à une séance de dissection. L'anatomie et la dissection sont prétextes à curiosité et badinage dans les salons durant les XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. Aujourd'hui, si l'anatomie n'est plus source de divertissement, son intérêt suscite toujours des rapprochements avec les artistes ; il persiste des rencontres entre science et projet artistique, dont les leçons d'anatomie du Dr Gunther von Hagens sont un exemple. Ce sont des épisodes documentaires didactiques de vulgarisation anatomo-physiologique dont la mise en scène est prise dans une intentionnalité esthétique contemporaine comparable au *body art*.

4. Place de la dissection dans le cursus médical

De nos jours, la dissection, même si son exercice ne s'inscrit plus de façon obligatoire dans le cursus des études médicales, reste, pour les étudiants qui participent, une étape majeure des premières approches du corps humain. La dissection prend valeur de rituel d'initiation ; le premier contact avec le « malade » se fait par l'intermédiaire de sa dépouille mortelle. Beaucoup d'autres moyens pourraient se substituer à ce rite de passage pour l'apprentissage de l'anatomie, pourtant des cohortes d'étudiants continuent de hanter les salles d'autopsie[1].

Pour en comprendre la portée, il suffit de lire le roman d'Akira Yoshimura, *La jeune fille suppliciée sur une étagère*. Une jeune fille de seize ans décède. Son corps est vendu par ses parents à la faculté de médecine pour se faire de l'argent. Le cadavre de la jeune fille fait la narration de ce qui lui arrive : *« Les hommes leur scalpel à la main, regardaient l'ensemble de mon corps. Le sang qui était apparu aux endroits découpés avait coagulé, si bien que mon corps semblait décoré d'images d'un rouge léger (…). Un scalpel s'enfonça profondément à la naissance de mon cou, tirant une ligne droite jusqu'à mon bas ventre (…). Mes seins, découpés à une vitesse incroyable par la main experte du grand [Deux garçons de salle de dissection] se retrouvèrent en un rien de temps sur la table à côté de la paillasse. Ils furent réduits à deux masses de chair sanguinolente légèrement inclinées. La couleur des mamelons était devenue violette. »* Puis vient le tour des étudiants : *« Vous allez vous placer deux par deux de chaque côté en commençant par ceux qui sont devant, nous allons procéder par roulement, alors regardez bien jusqu'à ce que votre tour arrive (…). – Bon nous allons prendre le scalpel et d'abord enlever la peau. Nous allons observer l'aspect des vaisseaux sanguins qui sont en dessous et le réseau nerveux. Regardez bien, je vais vous monter comment faire (…). L'étudiante fut la première à prendre son scalpel. Elle le planta à la naissance de mon bras au niveau de l'épaule et, se mordant légèrement les lèvres, l'abaissa en ligne droite. Son geste fut très audacieux (…). Cette étudiante au teint mat ne considérait-elle pas avec un certain sentiment de supériorité ce corps déformé et enlaidi qui appartenait au même sexe ? »*[2]

Léguée d'une tradition d'anatomistes, mais au-delà, vision d'un rapport contingent de connaissance du corps malade, cette dimension du corps-objet, ou corps-chose, occupe une large place dans la formation médicale actuelle. Si cette dimension est nécessaire, elle n'est pas suffisante. Le médecin ne soigne pas des corps mais des sujets malades. Il est amené à s'interroger sur le statut du corps du malade. Le philosophe peut-il éclairer

---

1 Un enseignement d'anatomie entièrement virtuel a été mis en place, en 2015, à partir d'une plateforme nationale informatique d'enseignement (SIDES).

2 Yoshimura A. (2002). *La jeune fille suppliciée sur une étagère*. Arles, Actes Sud, p. 38-39 et p. 52.

la question du corps en ces termes : ai-je ou suis-je un corps ? Ce qui conduit subsidiairement à en rapprocher une autre question : ai-je ou suis-je une maladie ? ai-je une obésité ou suis-je obèse ? ma seule corpulence peut-elle me définir comme être ?

5. Le philosophe au secours du médecin

Pour éclairer le médecin sur la question de l'apport de la philosophie dans l'approche du *corps-objet*, on se limitera à quelques courants majeurs qui suffisent à la borner pour notre approche : Platon, Aristote, les scolastiques du Moyen Âge, Descartes, Spinoza, et le matérialisme de La Mettrie.

Au préalable, on peut s'interroger sur la nécessité de dégager une perspective philosophique. La relation de soin implique une intersubjectivité ; s'il réduit la relation à la seule dimension du corps-objet, le médecin ne saurait y prétendre. Mais le voudrait-il qu'il ne le pourrait pas, il se trouve engagé dans cet échange intersubjectif par le fait même que le patient est un sujet, non un objet de science.

Comme nous l'avons vu, dans le premier temps des études médicales, le corps est considéré dans sa seule matérialité, un simple objet de science. La nosographie, caractérisation et classification des maladies, mobilise dans cette optique toute la force de l'intelligence. Aujourd'hui, les médecins conçoivent que la maladie peut retentir sur la psyché, mais l'inverse ne va pas de soi, comme le montrent leurs nombreuses réticences aux approches psychosomatiques de la maladie. Comment les maux de l'âme ont-ils un effet sur le corps jusqu'à le rendre malade ?[(1)] Cet antagonisme, corps/psyché, de la pensée médicale puise à la source de la pensée philosophique.

Le corpus des études médicales actuelles reste très imprégné par le dualisme platonico-cartésien qui distingue le corps de l'âme comme deux entités distinctes et extérieures l'une à l'autre. L'homme platonicien est enfermé dans le corps, « *le corps est un tombeau pour l'âme* »[(2)]. Pour Platon, l'âme et le corps sont des idées antithétiques dont l'union procède d'un accident. Seule l'âme a accès au monde des Idées, le corps, lui, ne peut que cacher la vérité ; corps et âme sont deux substances séparées, la première corruptible alors que la seconde existe en elle-même. Séparée du corps, elle peut accéder à la vérité que le corps escamote. Le corps (*soma*) est voué au tombeau (*sema*) ; l'âme, quant à elle, est un pur mouvement, qui n'affecte aucun substrat autre que lui-même.

---

1 Plus de 1 600 cas de cancers ont été attribués aux conséquences psychologiques de l'attentat du 11 septembre 2001 à New-York, et indemnisés par l'organisme public qui recense et suit les personnes victimes de cet attentat (*France-Inter,* 27 août 2015, journal de 7h00)

2 « *Quant à moi, j'ai entendu un jour un sage dire qu'en réalité nous sommes morts, que notre corps est un tombeau et que la partie de l'âme qui renferme les passions est toute prête à se laisser entraîner et bouleverser* ». Platon, *Gorgias*, 493a, éd. Gallimard, 1988.

Pour Aristote, la constitution de tout être est expliquée par deux principes corrélatifs : la matière (*hylê* : bois, matériau de construction) et la forme (*morphê* : figure, disposition). Cette approche, qui sera reprise par les philosophes scolastiques au Moyen Âge, tend à prouver qu'il existe pour chaque homme une unité entre son corps (matérialité) et son âme (forme). « *Le sens du corps s'en trouve dès lors profondément modifié, puisqu'il s'inscrit dans une totalité : la réalité du corps animé est une réalité composée de matière et de forme, elle l'est tout ensemble, selon ce qu'on a fort bien nommé l'hylémorphisme aristotélicien.* »(1)

La question de la totalité de l'être occupe la pensée médicale contemporaine, mais peut-être pas sa pratique, qui avance la nécessité d'une médecine globale, prenant en compte le corps du sujet malade mais aussi ses affects, son environnement, ses ressources propres mobilisées au moment de la maladie. Cette approche unitaire se retrouve dans le concept sociologique contemporain de « *maintien de soi en vie* »(2).

La symbiose harmonieuse aristotélicienne entre le corps et l'âme reste le principe qui fait du corps un corps vivant. Cette représentation s'oppose à la pensée dualiste santé/maladie, malade/bien portant, corps/psyché, dont la littérature se fait l'écho, « *Dieu n'est pas compatible avec les machines, la médecine scientifique, et le bonheur universel. Il faut faire son choix* »(3).

Contrairement à Aristote, Descartes fonde sa philosophie du corps et de l'âme sur deux entités distinctes : la *res extensa* (la substance étendue) et la *res cogitans* (la substance pensante). L'âme est indivisible, le corps est divisible. L'âme n'est pas étendue, le corps occupe un espace. L'âme est immatérielle, le corps est matériel. Cette vision dichotomique de l'être, un corps-machine d'un côté et un esprit de l'autre, facilite grandement la représentation de la maladie par le médecin, à l'exception de la maladie mentale, puisqu'il peut résumer le fonctionnement du corps en excellence ou en défaillance d'organe. Encore qu'il serait simpliste de présenter la pensée cartésienne comme un pur antagonisme corps/psyché. Descartes soutient que « *l'âme est unie à toutes les parties du corps conjointement* »(4). L'être se soutient de l'un et de l'autre.

Dans une posture encore plus matérialiste, La Mettrie considère que « *le corps humain est une machine qui monte elle-même ses ressorts ; vivante image du mouvement*

---

1 Puy-Montbrun T. du. « Science et conscience. La question de l'âme et du corps. Apport d'Aristote ». *Le Courrier de colo-proctologie* (IV) - n° 1 - janv.-fév.-mars 2003, p. 24.

2 Tourette-Turgis C. « Le maintien de soi en vie »http://www.univ-paris13.fr/Habilitation-a-diriger-les-recherches/lactivite-de-maintien-de-soi-en-vie-et-son-accompagnement-un-nouveau-champ-de-recherche-en.html

3 Huxley A. (1931) *Le Meilleur des mondes*, (trad. Jules Castier). Paris, éd. Pocket, 1977, p. 259.

4 Descartes R. (1649), *Les Passions de l'âme*. Paris, éd. Vrin,, 1994, Art. XXX p. 88.

perpétuel »[1]. Il rend hommage aux médecins en affirmant que « *ceux-ci ont parcouru, ont éclairé le labyrinthe de l'homme ; ils nous ont seuls dévoilé ces ressorts cachés sous des enveloppes, qui dérobent à nos yeux tant de merveilles* » et il dénie le droit d'en débattre aux philosophes, dépourvus de la science des médecins : « *Descartes, et tous les cartésiens, parmi lesquels il y a longtemps qu'on a compté les malebranchistes, ont fait la même faute. Ils ont admis deux substances distinctes dans l'homme, comme s'ils les avoient vues et bien comptées* » et de poursuivre : « *Quand l'homme seul aurait reçu en partage la Loi naturelle, en serait-il moins une machine ? Des roues, quelques ressorts de plus que dans les animaux les plus parfaits, le cerveau proportionnellement plus proche du cœur, et recevant aussi plus de sang, la même raison donnée ; que sais-je enfin* ? » Ce faisant, il ne voit dans la pensée (l'âme) « *qu'un vain terme dont on n'a point d'idée, et dont un bon esprit ne doit se servir que pour nommer la partie qui pense en nous* ».

À l'image d'Aristote, Spinoza considère l'union du corps et de l'âme en termes d'identité réelle[2]. Comme le corps est doté d'une puissance propre, il s'interroge sur cette puissance indépendante de l'esprit : *quid corpus possit.* En cela, il rejoint Descartes en avançant que le corps est soumis aux lois de la nature. Toutefois, Spinoza considère que ce que peut le corps dans sa puissance n'est pas possible indépendamment de son individualité singulière, sans être doué d'un certain *conatus.* Il ne distingue pas le corps et l'esprit comme deux entités distinctes mais au contraire constitutives d'une individuation : « *Ni le corps ne peut déterminer l'esprit à penser, ni l'esprit ne peut déterminer le corps au mouvement, ou au repos, ou à quelque chose d'autre (s'il en est)* ». [3]

La pensée spinoziste et aristotélicienne se retrouve de nos jours dans l'approche psychosomatique des maladies[4], en ce sens que le corps et la psyché sont en situation de s'influencer. La maladie se prête à l'interprétation, et c'est à ce prix que le sujet peut l'inscrire dans son histoire. Toutefois, la psychosomatique n'est pas une pensée majoritaire au sein du monde médical, même si l'on constate un intérêt croissant pour une approche globale des sujets malades, tout particulièrement chez les médecins généralistes.

---

1 Offray de La Mettrie J. (1707). *L'Homme Machine*. Leyde, éd. Luzac (1748), p. 14.

2 Spinoza B. (1677), *Éthique (Définitions),* traduction C. Appuhn, Paris, GF Flammarion, 1965.

3 Spinoza B. *Ibid*. *Éthique* III, proposition 2.

4 L'opinion commune au XXI[e] siècle pourtant veut que le mot « psychosomatique » ait été employé pour la première fois par le médecin aliéniste de Leipzig, Johann Ch. A. Heinroth (1773-1843) dans son *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung* (1818), que l'on peut traduire par *Manuel des maladies de l'âme et des moyens de les traiter*. Traduction anglaise en1975 : *Textbook of Disturbances of Mental Life, or Disturbances of the Soul and Their Treatment*, Johns Hopkins University Press. Il apparaît cependant que le terme *psycho-somatic* est né en 1811-1812 sous la plume du poète britannique Samuel Taylor Coleridge (1772-1834). *Note tirée de : Archives pour la psychosomatique/ Histoire.* Dernière mise à jour : mars 2010.

Au terme de ce développement sur le corps-objet, nous pouvons avancer que la pensée médicale s'est trouvée et se trouve influencée par deux courants philosophiques antagonistes : l'un unitaire pour lequel l'individu *est un corps* doué de raison, un corps-totalité, l'autre pour lequel l'être *a un corps* qui héberge l'âme (la pensée) mais « *l'âme par laquelle je suis ce que je suis est entièrement distincte du corps* »[(1)]. La médecine moderne n'a pas tranché cette antinomie, elle se trouve en difficulté pour réaliser exactement ce que « *nous sommes, car nous sommes notre corps tout en l'ayant* »[(2)].

Encore que, selon C. Detrez, « *ce dualisme, qui pose le corps comme une machine cadavre doté de vie, est également au fondement de la pensée médicale moderne et va prévaloir dans la science légitime. Pensée philosophique et pensée médicale s'associent ainsi dans la même conception d'un corps-objet, défini par les lois de la nature et de la biologie. D'un côté le corps, le physique (de* phusis *: la nature), de l'autre, la métaphysique, le domaine des idées et de la réflexion* »[(3)].

La tentation de considérer le corps du malade comme seul objet d'étude, sinon de soins reste forte ; le corpus des études médicales, au moins dans ses premières années, sacrifie pour l'essentiel au corps-objet.

B. Corps imaginaire et image du corps

Si l'histoire de la dissection nous a éclairé sur la constitution progressive de la relation de la médecine au corps-objet, corps-chose (corps somme-des-organes), la philosophie nous a permis d'ébaucher celle que le médecin peut entretenir avec le corps-sujet de son patient qui a et est un corps qui, au-delà de la chair, du sang, des humeurs et des os, se constitue en un sujet malade. Comment se construit l'image de ce corps ? Celle du corps malade ? Comment le médecin appréhende-t-il l'image d'un corps affecté par la maladie qui fait rupture avec l'idéal du corps ? Comment la maladie obésité construit-elle un corps différent dans sa présentation, un corps fait de trop ? Quelle est l'image sociale de ce « corps-trop » ? Nous aborderons le concept de schéma corporel avant de traiter les différents aspects de l'image du corps, du corps imaginaire et de l'idéal de corporéité.

1. Construction du schéma corporel

Le concept de schéma corporel est récent et intéresse des champs aussi différents que la neurophysiologie, la psychologie et la psychanalyse, la phénoménologie ou la psycho-

---

1 Descartes R. (1641). *Méditations métaphysiques*, *IVe méditation*. trad. Florence Khodoss, PUF, 2004.

2 Marzano M. (2012). *Penser le corps*. Question d'éthique. PUF. p. 6.

3 Detrez C. (2002). *La construction sociale du corps*. Coll. Points. Ed Seuil. p. 42.

motricité. On attribue au neurologue P. Bonnier[1] la définition en 1893 du schéma corporel comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps et des objets. Il travaille essentiellement sur les troubles sensoriels, en particulier sur les vertiges qui mettent en jeu le système vestibulaire de l'oreille interne, sens qui a une fonction essentielle dans le maintien de l'immobilité aussi bien que dans l'équilibre et la cinétique du corps[2]. Il approche le schéma corporel comme une forme spatiale qu'il nomme *sens des attitudes* : « *Le sens des attitudes nous fournit la notion de lieu de chaque partie de nous-mêmes et forme la base de toute orientation tant objective que subjective et psychique. Il a pour objet la figuration topographique de notre Moi. J'ai proposé le terme de "schématie" pour le genre d'image fournie par ce sens* »[3].

Le schéma corporel trouve son origine dans la notion neurologique de « représentation du corps propre », notion qui se différencie de celle de la phénoménologie. Pour Merleau-Ponty, *« le corps propre se distingue de tous les autres corps (Körper), en tant qu'il est chair (Leib), vivant et animé (Leben) et qu'il possède une âme (…). Il n'est pas un corps comme les autres en tant qu'il est "mon corps" précisément (…). Le corps propre, lui (par rapport au corps-objet), est tout à la fois "moi et mien" ou "le corps que je suis"* »[4].

Le corps-propre se conçoit comme la réunion du corps-objet et du corps-sujet : j'ai un corps, je suis un corps, tant pour moi que pour l'autre. Il s'opère une confusion entre l'un et l'autre. Pour P. Bonnier, la notion de corps propre s'éprouve par sa kinesthésie, c'est la kinesthésie qui me donne la conscience de mon corps et non pas l'intersubjectivité.

Sous le terme de schéma corporel, sont regroupées les différentes composantes de la somatognosie, qui traduit le sentiment général de l'existence de son corps au travers de sa motricité, de ses postures et du fonctionnement de ses organes. Le cerveau élabore pour sa part une véritable cartographie du corps dont l'espace occupé n'est pas proportionnel à la taille de l'organe, mais à la place et à la complexité de sa fonction motrice ou sensitive.

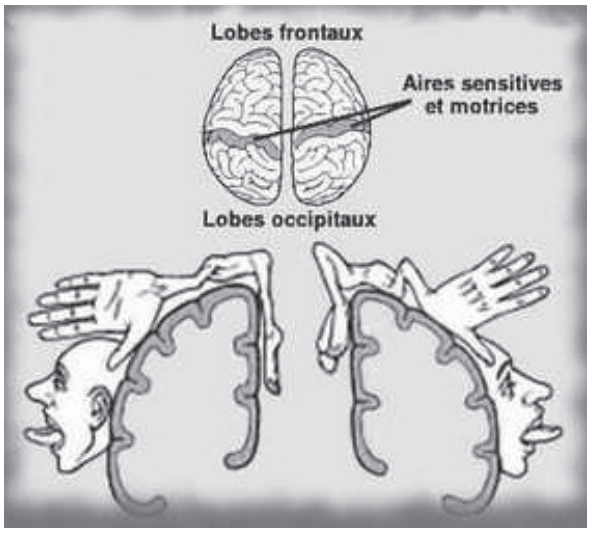
---

1 Par exemple : Clarac F, Ternaux J.-P. (2008) *Encyclopédie historique des neurosciences. Du neurone à l'émergence de la pensée*. Bruxelles, éd de Boeck, p. 757.

2 Bonnier P. (1904) *Le Vertige*. 2e éd. Paris, Masson.

3 Bonnier P. (1905). « L'aschématie ». *Rev. Neurol.* (Paris) 1905;13:605-9. Cité in *Psychopathologie de l'image du corps*, Master de psychologie clinique et pathologique ; Université de Poitiers. Site psychopoint. www.univ-poitiers.fr/master-sciences-humaines-et-sociales-mention-psyc. Consultation mars 2013.

4 Gül Cevahir-Sahin Granade (2007) *La phénoménologie du corps et de l'intersubjectivité incarnée chez Gabriel Marcel et Merleau-Ponty.* Thèse de doctorat. BIS. FR 2007PA040252



Homonculus de Penfield

Le schéma corporel se construit par la somme de trois processus différenciés :

– Le recueil expérientiel des sensations internes, viscérales en particulier, que l'on pourrait définir comme le « bruit des organes ». Cette *intéroception* est à l'origine de la perception de la faim, des besoins d'exonération vésicaux ou rectaux, des palpitations cardiaques, ou encore de sensations comme la nausée ou la douleur.

– La cinétique intègre la dimension spatiale du corps, le déplacement, le positionnement par rapport à un objet (les personnes obèses ont tendance à se cogner du fait de l'impossibilité à définir les contours réels de leur enveloppe corporelle, tout comme les adolescents, dont la croissance modifie la longueur de leurs segments et qui, en conséquence, font preuve de maladresse).

– La perception sensorielle du monde extérieur permet à l'individu de se situer dans son environnement. Le développement du schéma corporel est un processus continu dès la vie intra-utérine dont l'achèvement se fait vers l'âge de trois ans.

Une patiente de 39 ans, 138 kg, donne une belle analyse kinesthésique de perception de son schéma corporel :

- *[F42]* Je me voyais comme… Je ne sais pas. C'est vraiment une image… Je pouvais me voir 3-4 fois ma largeur ! Me dire des fois : Ah ! Je sais pas si je vais passer par là, et par exemple il y avait une voiture sur le trottoir et j'arrivais à me projeter en me disant est-ce que je vais passer ou pas ? J'avais l'impression d'être énorme et pourtant je passais ! Non l'image … bah ! On est négatif quand on est comme ça, c'est parce que à l'intérieur…

Nous ne saurons pas ce qu'il y a à l'intérieur. Ou encore cette femme de 116 kg :

- *[F4]* Mon problème aussi c'est que je n'ai pas conscience de mon volume dans l'espace. (…) Je pense qu'il y a un décalage dans ma tête

Cette dissociation du réel et de la construction mentale du corps est fréquente chez les patients obèses, ce qui les amène parfois à quelque maladresse dans la vie quotidienne lors des déplacements. Eva, le personnage principal du roman de L. Cluytens, en donne un exemple. Entrant dans un café à la recherche d'une banquette, « *ses yeux agrippés à la table qu'elle avait repérée, elle contourna les obstacles un peu rudement. Ses oreilles anticipaient les commentaires que ne manqua pas de déclencher son passage encombrant* »[(1)].

Le schéma corporel est commun à l'ensemble du genre humain avec peu de variations entre les individus, même d'horizons culturels différents. De fait, il ne procède pas d'une construction sociale, contrairement à l'image corporelle. Pour l'illustrer, évoquons l'enfant sauvage[(2)]. Bien qu'élevé à l'écart d'une société humaine, l'enfant sauvage développe des postures physiques et une dynamique semblables à celles de son espèce, en particulier en se tenant debout, en saisissant avec ses mains et non avec ses pieds, en se déplaçant avec un balancement des membres supérieurs[(3)]. Seul l'usage social du corps est mimétique par rapport au groupe d'accueil auquel il appartient ; « *l'image du corps prend alors naissance, non pas seulement sur la base d'informations perceptives, mais surtout sur la base des expériences affectives des individus, de la subjectivité, des enjeux intersubjectifs* »[(4)].

La personne obèse, si elle peut souffrir d'un trouble de l'image du corps, n'a pas de trouble majeur du schéma corporel car il est exceptionnel que, très jeune enfant, elle ait été suffisamment obèse pour que son schéma corporel en soit profondément modifié. L'obésité survient, le plus souvent, postérieurement à la construction du schéma corporel.

Ce n'est que plus tard, parfois seulement à l'âge adulte, que l'enfant obèse modifiera son image corporelle du fait de cette obésité. Nous verrons que cette modification n'opère pas toujours ou, si c'est le cas, répond à un processus précis d'ordre chronologique dans la vie du sujet. À ce stade, nous concevons que la construction du schéma corporel se fait par un double mécanisme sensitif et moteur, dit kinesthésique. Il est indépendant d'un processus social de reconnaissance du corps en qualité de sujet pris dans la relation à l'Autre. La personne obèse ne se distingue pas ou peu des individus de corpulence de référence en ce qui concerne le schéma corporel.

---

1 Cluytens L. (2004). *La grosse*. Le Faouët, éd. Liv'éditions, p. 50.

2 Illustration cinématographique faite par F. Truffaut : *L'enfant sauvage* (1970). D'après le récit écrit par un médecin, l'histoire d'un « enfant-loup », Victor, découvert en 1798 dans l'Aveyron, en pleine forêt.

3 De nombreux travaux ont été consacrés à « l'enfant sauvage » et contestent le caractère « sauvage » de l'enfant. Il s'agirait plutôt d'un enfant handicapé mental qui aurait été rejeté par les siens et de fait aurait eu un contact social préalable à son abandon. Voir l'ouvrage de Thierry Gineste, *Victor de l'Aveyron, dernier enfant sauvage, premier enfant fou*, Paris, Le Sycomore, 1981

4 Durif-Bruckert C. (2011). *Op. cit*. p. 36.

On doit à P. Schilder[1] une démarche d'articulation entre le biologique, le psychologique et le social quant à l'image du corps. Il existe une base biologique à la construction de l'image du corps : condition nécessaire, mais pas suffisante. La libido donne structure et sens à ces matériaux initiaux, tandis qu'il existe une interaction sociale des corps. Pour P. Schilder, la trinité : biologie, désir et intersubjectivité est le fondement de l'image du corps. Il souligne que nous percevons l'unité du corps, mais elle est plus qu'une perception. En faisant référence aux travaux de H. Head et G. Homes[2] sur les troubles sensoriels et les altérations sensitives du corps, il parle de « *modèle postural* » du corps en ce sens que le cerveau emmagasine les expériences sensorielles passées, se les remémore lors de situations identiques, et les fait parvenir à la conscience. C'est ainsi que la gestuelle professionnelle qui suppose la répétition des *praxis* s'intègre progressivement dans le schéma corporel : il y a en quelque sorte extension du corps par l'outil. Dans le même ordre d'idées, l'amputation d'un membre ne supprime pas les sensations corporelles, en particulier douloureuses qui peuvent persister alors même que le membre est manquant. Ce phénomène, dit du « membre fantôme », n'existe pas si un enfant naît avec un membre manquant. Sans expérience initiale, nulle mémorisation sensorielle ne se fait.

Chez certaines personnes obèses, la perception corporelle est ancrée sur des perceptions du temps où la corpulence était moindre et il se crée une dissociation entre le réel du corps du moment et l'image que la personne en a. P Schilder précise que « *percevoir ou imaginer un objet, ou élaborer la perception d'un objet, ce n'est pas agir purement et simplement comme un appareil perceptif. Il y a toujours une personnalité qui éprouve la perception : un mode propre de percevoir (…). Nous sommes, en d'autres termes, des être affectifs, des personnalités (…). Nous pouvons nous attendre à découvrir de fortes émotions concernant notre corps* »[3].

P. Schilder s'intéresse à l'investissement libidinal du corps au cours de la maladie, plus particulièrement au phénomènes psychosomatiques, en inférant que « *toute maladie affectant un organe quelconque est liée à une attitude psychique qui lui est particulière. On peut dire de façon schématique que la différence entre ce qui est psychogène et ce qui est organique est, entre autres choses, une différence de direction dans l'évolution du processus. Dans une maladie organique, c'est la périphérie qui est affectée en premier et l'affection se propage de la périphérie vers le centre. Dans les maladies psychogènes, le trouble passe du centre vers la périphérie* »[4].

---

1 Schilder P. (1935). *L'image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Tel Ed. Gallimard, 2009

2 Head H., Holmes G. (1911). "Sensory disturbances from cerebral lesion". *Brain*, 34, p.102-254.

3 Schilder P. *Op. cit.* p. 39.

4 *Ibid*. p. 174.

Dans l'un ou l'autre cas, le sujet ne peut épargner sa double dimension organique et psychique. Dans certains cas d'obésité, ce processus organo-psychique est à l'œuvre en constituant un authentique phénomène psychosomatique. Nous développerons ultérieurement l'apport de la psychanalyse sur ces phénomènes particuliers. Dans son approche du corps, P. Schilder soutient que la maladie permet d'éclairer ses symptômes par le biais de modification de la structure libidinale du sujet. À considérer la libido comme une énergie psychique tournée vers la vie, il se trouve que dans la maladie cette énergie est déroutée vers des lieux du corps où s'exercera une jouissance mortifère. Ce processus de modification de structure libidinale est constamment à l'ouvrage dans les névroses, en particulier l'hystérie, mais aussi dans bon nombre de maladies organiques, l'image du corps étant altérée en termes d'estime de soi, de morcellement, de manque, de défaillance.

P. Schilder souligne comment la libido peut modifier la perception du corps : « *Il peut y avoir changement dans la perception du poids du corps, variation dans la densité de la substance lourde du corps. Elle peut devenir comme une écume, et même se creuser de bulles, ou au contraire se condenser dans les parties internes du corps. La structure libidinale se manifestera dans les accentuations diverses portées sur telle ou telle partie du modèle postural, et il en apparaîtra quelque chose dans leur forme. (…) Nous parlons alors de transposition d'une partie du corps sur une autre* »[(1)].

Pour conclure sa démonstration tripartite du schéma et de l'image corporels : biologique, psychique, sociologique, P. Schilder invite à considérer « *la libido du point de vue de l'image du corps de celui qui éprouve du désir. Tel quel, cet examen resterait nécessairement incomplet, étant donné que les tendances libidinales ont toujours une direction : l'image du corps de l'autre. Les tendances libidinales sont nécessairement des phénomènes sociaux : elles sont toujours dirigées sur des images du corps qui sont dans le monde extérieur* »[(2)].

Le passage du narcissisme (du Un) à l'altérité le conduit à s'intéresser à l'image sociale du corps, dernier élément de sa démonstration. Il avance que le modèle postural se trouve influencé dans sa construction par des effets d'interaction avec le corps de l'autre : « *La vie sociale est basée sur les interrelations entre modèles posturaux* »[(3)], en particulier celui de l'identification par des phénomènes d'imitation jusqu'au rapt symbolique d'une partie du corps de l'autre pour se l'approprier[(4)].

---

1 *Ibid*. p. 310.

2 *Ibid*. p. 232.

3 *Ibid*. p. 313.

4 Par exemple, l'anthropophagie conduit symboliquement à l'incorporation des vertus supposées du mort. Cette pratique participe du modelage de l'image du corps dans un espace social déterminé. Le principe d'incorporation symbolique se retrouve de façon permanente dans le fait de se nourrir et plus précisément quant

En ce sens, il est rejoint par H. Wallon[1] qui met en relation dans plusieurs de ses ouvrages perception et mimétisme, mais plus encore par les travaux de J. Guir[2] sur la psychosomatique qui montre comment le phénomène psychosomatique se manifeste par la captation inconsciente du sujet d'une partie du corps d'un autre pour en faire le lieu privilégié de la manifestation de sa lésion.

À titre d'illustration, nous proposons une situation issue de la pratique clinique. Une femme obèse raconte comment s'est constituée son obésité. Nous en avons fait une narration à des fins pédagogiques, mais l'essentiel du processus mimétique est explicite.

Histoire de Christiane

Mon prénom est Christiane. Je suis une femme grosse. Une de ces femmes qui ne croisent aucun regard, mais qui les attirent tous. Je suis de celles qui immanquablement suscitent la réprobation : « Comment peut-on devenir comme ça ? ». Le ça, c'est la chose, l'opposé de l'être, c'est à ce prix que l'autre se défend d'imaginer devenir ce que je suis (…). À y repenser, tout s'est accéléré dans ma quatorzième année. Je profitais chaque été des vacances auprès de mes cousines à la ferme d'un oncle maternel (…). Nous jouions à cligne-musette quand j'entendis, sans comprendre, que mon père n'était pas mon père. (…)

Au début je pense avoir oublié ce fait, je ne me rappelle pas qu'il m'ait tourmentée. En revanche j'ai commencé à manger de façon excessive, j'ai cherché l'enflure sans préméditation, mais une chose intérieure que je ne peux nommer, mais plus forte que moi, m'a poussée à me remplir par vagues, comme une pulsion qui ne cesse que quand elle est satisfaite, et seulement quand elle est satisfaite. (…)

Je suis devenue une femme grosse par amour, aux dépens de l'estime de moi, au risque de l'aversion des autres ; par amour pour cet homme que je ne devrais plus appeler mon père, qui était gros, qui était la tendresse, la douceur et celui qui m'a donné un nom. Moi, Christiane, la femme grosse qui attire tous les regards sans jamais les croiser, j'ai seulement voulu prouver au monde que cet homme était bien mon père puisque je suis grosse comme il était gros.

Source : Cornet P. *XXelle*. Non publié. Ce texte a été rédigé après avoir visionné d'un entretien mené par le Dr P Gross (nutritionniste) avec une patiente d'une cinquantaine d'années, souffrant d'une obésité massive (morbide) à 137 kg (enregistrement filmé en 2003).

à ses préférences, ses aversions, ou ses modes alimentaires.

1 Henri Wallon développe le concept d'imago du semblable en ces termes : « Quelle est donc la structure de cette imago ? (…) Cette condition équivaut à l'exigence d'une similitude entre les sujets. Il apparaît que l'imago de l'autre est liée à la structure du corps propre et plus spécialement de ses fonctions de relation, par une certaine similitude objective.

2 Guir J. (1983). *Psychosomatique et Cancer,* Points Hors Ligne, Paris.

Dans cet exemple, l'investissement libidinal se traduit par le désir de cette patiente de prouver par son amour pour son père adoptif sa filiation symbolique en devenant obèse aux dépens de son propre intérêt qui est de ne pas grossir. Se constitue un conflit de loyauté entre perdre du poids et rompre le lien au père, ou dire au monde son origine symbolique en restant obèse. Pour cette femme, c'est tout son corps qui se trouve envahi par le processus et constitue le phénomène psychosomatique.

À ce stade, nous pouvons avancer que l'image du corps ne peut s'affranchir ni de l'investissement libidinal, ni de l'intégration des modèles des autres corps.

« *Une image du corps est toujours d'une certaine façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction des diverses relations qui y sont instaurées. Les rapports avec l'image du corps des autres sont déterminés par les facteurs de distance spatiale et de distance affective. C'est dans les zones érogènes que les images du corps sont les plus proches les unes des autres ; là, elles se mêlent très étroitement.* »[1]

« *Le moi et le tu ne sont pas possibles l'un sans l'autre. Notre image du corps n'est pas possible sans l'image du corps de l'autre.* » [2]

M. Mauss dira que le corps est socialement structuré et façonné par l'éducation au sein d'un milieu social déterminé.

Au terme de cette analyse du travail de P. Schilder, il ressort que la construction du schéma corporel comme nous l'avons vu, qu'il nomme « modèle postural » ou « image du corps », suppose d'intégrer, conjointement et sans dissociation possible, la dimension physiologique du corps et l'investissement libidinal de son *corps-propre*. Mais il pointe ainsi que le modèle postural se nourrit de l'interrelation entre son corps et celui des autres au sein d'une société, c'est-à-dire qu'il n'est pas indépendant d'un modèle sociétal. En ce sens, le modèle postural relève de la construction sociale. Pour en trouver une illustration, écoutons Marie, d'origine africaine, venue en France pour y faire ses études réussies brillamment, et qui occupe successivement des postes à responsabilité, tout en ayant une famille. Elle éprouve un malaise intérieur, exprimé ainsi :

> • *[F22]*Toujours un peu ronde, voilà que depuis quelques années mon corps s'étoffe encore et enfle sans raison. Ce n'est pas mon juste poids, je le sais, et la médecine ne l'explique pas. Je crois que ce corps cherche à me prévenir. Il me dit d'entendre grandir mon malaise, d'écouter gronder mon inconscient. J'écoute et je me rends compte que je suis, aujourd'hui, à côté de ma vie (…). Je n'ai plus de doute, l'Afrique est là où je dois être.

Serait-ce pour Marie le fantasme du corps féminin susceptible d'être reçu et accepté dans son pays d'origine mieux qu'il ne l'est en France ? Tout ce passe comme si Marie

---

1 Schilder P (1935) *Op. cit*. p. 313.

2 *Ibid*. p. 315.

s'était mise en conformité d'un corps féminin « désirable », avant d'entamer le chemin de retour vers l'Afrique.

2. *Psychanalyse et construction du schéma corporel*

Les travaux de F. Dolto ont permis, dans une approche psychanalytique, une clarification entre schéma corporel et image du corps[1]. Selon elle, « *le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* »[2]. De ce point de vue, il n'y a pas de différence avec l'approche de P. Schilder. Ce qu'ajoute F. Dolto, c'est que dans le cas d'atteinte organique précoce chez un enfant, le schéma corporel, s'il est altéré par cette lésion (par exemple, une malformation), ne modifiera l'image corporelle que s'il y a eu une interruption des relations langagières, affirmant qu'il peut exister un schéma corporel infirme avec une image corporelle saine. L'introduction du langage comme nécessaire à la réalisation d'une image corporelle de qualité constitue l'apport essentiel de la psychanalyse pour approcher la construction de l'image du corps. Lorsqu'un enfant est atteint d'une infirmité, F. Dolto soutient « *qu'il est indispensable que son déficit physique lui soit expliqué, référencé à son passé non infirme ou, lorsque c'est le cas, à la différence congénitale entre lui et les autres enfants* »[3]. Pour elle, *« le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit* »[4].

Nous retrouvons là ce qui nous avait amené à évoquer le cas de l'enfant sauvage dont le modèle postural s'était constitué sur un modèle sensitif et kinesthésique humain alors même que son environnement social ne lui permettait ni mimétisme, ni incorporation, ni intégration de modèle, l'altérité humaine lui faisant défaut.

À propos du *distinguo* entre schéma corporel relativement intangible – l'évolution du schéma corporel est possible mais sans bouleversements majeurs – et image du corps comme synthèse d'expériences émotionnelles, F. Dolto précise que si le premier est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient, l'image corporelle, quant à elle, est éminemment inconsciente et ne peut devenir préconsciente pour peu qu'elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps.

Une femme de 67 ans en témoigne. Alors âgée de 32 ans, et suite à la naissance de sa fille trois ans plus tôt, elle en dit :

---

1 Dolto F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris, coll. Points, Essai.

2 *Ibid*. p. 18.

3 *Ibid*. p. 19.

4 *Ibid*. p. 22.

- *[F 43]* Je me trouvais grosse ! Objectivement j'étais maigre comme un clou et c'était plus un fantasme lié à la grossesse. Quand je me vois sur les photos (…), je vois bien que je suis très mince, Mais bon c'est inscrit dans ma représentation du corps. Je me voyais encore avec le ventre de la femme enceinte et les fesses et les cuisses et tout ce qu'on veut. Je n'aimais pas mon corps.

Ou encore cette femme qui lorsqu'elle pesait 80 kg considère que :

- *[F 4]* Dans ma tête j'ai pas évolué, enfin j'ai grossi mais uniquement par rapport à des chiffres. (…) C'est que je pense plutôt que ma tête se refuse à me voir telle que je suis maintenant.

Pour F. Dolto, comme pour P. Schilder, la fonction libidinale au travers du désir est à l'œuvre lorsqu'il s'agit d'être en relation avec l'autre. Selon elle, l'image corporelle est « *toujours image potentielle de communication dans un fantasme. Il n'y a aucune solitude humaine qui ne s'accompagne de la mémorisation d'un contact passé avec un autrui anthromorphisé, sinon réel* »[(1)].

Après avoir discuté deux cas d'enfants qu'elle a rencontrés en thérapie, l'un présentant des tics avec une inhibition idéative et motrice et un mutisme, l'autre pris de crises compulsives agressives se traduisant par des coups de pied, F. Dolto approche la différence entre schéma corporel et image corporelle : « *Dans tous les cas qui viennent d'être rapportés, il s'agissait d'enfants sains quant à leur schéma corporel ; c'est seulement le fonctionnement de celui-ci qui se trouvait obéré par des images pathogènes du corps* ».

Ce principe posé, F. Dolto poursuit son analyse : « *L'outil, le corps, ou mieux le médiateur organisé entre le sujet et le monde, (…) était potentiellement en bon état, dépourvu de lésion ; mais son utilisation fonctionnelle adaptée au conscient du sujet était empêchée (…). L'utilisation adéquate de leur schéma corporel se trouvait annulée, entravée par une libido liée à une image du corps inappropriée, archaïque ou incestueuse* ».

Le schéma corporel n'est pas altéré par une lésion organique précoce qui le modifierait. Dans le cas de l'obésité, pour autant que nous la considérions comme une lésion organique, elle se constitue *a posteriori* de l'acquisition de la marche, de la propreté et de l'identité sexuelle ; ceci a pour conséquence de protéger l'essentiel du schéma corporel et de ne retrouver en clinique que des troubles de l'image du corps. Nous en avons un exemple avec le témoignage de Suzanne :

- *[F15]* J'ai un corps par-dessus mon corps. Le vrai est à l'intérieur. C'est celui que je ressens, celui qui est moi. L'autre est un imposteur.

Afin de discuter le lien entre schéma corporel et image du corps, F. Dolto inverse la perspective et défend qu'une altération précoce du schéma corporel (infirmité précoce,

1 Dolto F. *Op. cit*. p. 35.

par exemple) est compatible avec une image saine du corps, comme pourrait l'être un enfant infirme dont l'environnement aimant de ses parents et de ses proches permettrait la construction normale de son image, le tout traversé par la parole des parents acceptant l'infirmité de leur enfant. Ceci conduit à penser que la qualité de l'échange, son authenticité, entre le patient obèse et son médecin participe d'une restitution de l'image corporelle du sujet, sachant que le schéma corporel est par ailleurs intègre puisque constitué bien avant que l'obésité n'existe.

À partir des réflexions de P. Schilder et F. Dolto, nous comprenons combien les constitutions respectives du schéma corporel, avec ses sensations corporelles afférentes, et de l'image du corps sont deux concepts distincts et complémentaires. La médiation du désir et du langage permet d'en façonner l'interdépendance et d'en affirmer la nature profondément sociale pour la seconde puisque saisie dans la nécessité d'un autre. Notre image corporelle se façonne au travers du regard des autres et des échanges langagiers. Si nous acceptons une posture qui invite à reconnaître un certain déterminisme du schéma corporel du fait des éléments génétiques constitutifs du corps, nous pouvons sans difficulté concevoir que la personne obèse, partageant le même patrimoine fondamental, ne diffère pas d'un « modèle humain » préprogrammé corporellement. Le modelage de la différence du schéma corporel se fait à la marge sans toucher au cœur de l'élaboration du morphotype humain. Le processus de construction primordiale en qualité d'être humain – même à accepter que cette qualité procède aussi d'une reconnaissance sociale : je me sens humain car je suis reconnu par l'autre comme tel – lisse les modifications du schéma corporel individuel. Certes, la personne obèse modifiera, à la marge, son schéma corporel, d'une part au cours de sa croissance et de son vieillissement comme tout être humain, et d'autre part pour ce qui lui sera propre, à savoir les sensations kinesthésiques liées à son poids, l'encombrement spatial du corps, l'expérience de la douleur articulaire, l'essoufflement à l'effort ou l'hypersudation et bien d'autres raisons liées aux effets du poids.

3. Normes corporelles et corps idéal

Après avoir abordé la dimension du *corps-objet* en médecine et d'en avoir souligné l'importance, il convient de tenter d'articuler la seconde dimension du corps présente dans la relation médecin-patient. Ce jeu des corps est mouvant, tantôt donnant la prééminence à l'un, puis à l'autre. Ce que nous avançons, c'est une forme permanente de déclinaison de l'ensemble des quatre corps lors d'une relation de soin.

Le second point dont il sera question dans cette nouvelle expression du corps porte sur l'esthétique du corps. En ce qui concerne le corps-objet, nous avons vu une ébauche historique de cette question au travers des connivences entre anatomistes et artistes. En

ce qui concerne le corps imaginaire et l'image du corps, la dimension esthétique du corps sera encore plus présente.

Approcher l'image du corps et de son idéal suppose d'emprunter un chemin qui part des éléments de construction sociale du corps : en quoi puis-je me reconnaître dans l'autre et m'en différencier ? Cette question posée, il convient d'aller d'abord explorer la conformité du corps, c'est-à-dire de le confronter à une norme, puis poursuivre vers le concept de canon esthétique. Ces derniers relevant des valeurs sociales *hic et nunc*. À cette esthétique du corps, saisie dans l'idée de la norme, s'ajoutent des associations entre paraître et valeurs morales ou vertus. Dans ce double registre de l'apparence physique et des défauts de caractère, la personne obèse trouve matière itérative à sa stigmatisation. Comment se construit l'image corporelle du sujet, sachant que « *l'image du corps est en jeu dans la constitution du sujet. Elle reste un invariant tout au long de la vie, comme un baromètre narcissique. La façon dont un sujet se représente son propre corps est à la mesure de sa démesure* ? »[(1)].

Comment le concept de norme permet-il de stigmatiser la différence physique ? Pourquoi et comment se dégage le discours sur idéal du corps ? Comment se constitue en retour la résistance individuelle et sociale pour y faire face ?

4. Psychanalyse et construction de l'image du corps

À considérer que l'image corporelle, contrairement au schéma corporel, n'est pas une donnée anatomique, il convient de s'interroger sur sa construction au cours de la petite enfance. Cette démarche n'est pas si éloignée des questions que nous nous posons sur le corps obèse. Nous trouvons, à nouveau, chez F. Dolto matière à comprendre comment se constitue à mesure du temps cette image. Elle distingue trois éléments structurels d'une image corporelle : « *Image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* »[(2)].

Ces trois entités sont reliées entre elles et maintenues en cohésion par ce que F. Dolto nomme « *image (ou plutôt substrat) dynamique* ». Cette image désigne « *la métaphore subjective des pulsions de vie qui, sourcées dans l'être biologique, sont continûment tendues par le désir du sujet de communiquer avec un autre sujet* »[(3)]. On voit poindre l'émergence de la construction du corps social du fait d'être en relation à l'autre et nommé par lui.

---

1 Lauru D. (2014). « Le poids de la culpabilité », in *le poids du corps à l'adolescence*. (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel, p. 145.

2 F. Dolto. *Op. cit*. p. 49.

3 *Ibid*. p. 49.

L'image de base, c'est « *ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une mêmeté d'être, c'est-à-dire dans une continuité narcissique (…). C'est de cette mêmeté, fortement et ténûment pérenne, que vient la notion d'existence. Le sentiment d'exister d'un être humain, qui arrime son corps à son narcissisme, sentiment qui est évident, vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité* »[1].

Dans le développement qu'en fait l'auteur, nous trouvons une notion qui retient l'attention dans une perspective d'éclairage des phénomènes psychosomatiques – nous tenons dans certains cas l'obésité comme un phénomène psychosomatique –, puisque F. Dolto ajoute : « *Ici se situent les dérangements, les dérèglements fonctionnels, qu'on peut interpréter comme de véritables "chutes" ou failles de narcissisme, susceptibles de provoquer, par pulsion de mort localisées dans des régions du corps, des atteintes d'organes telles que l'infarctus ou les ulcères subits au moment de chocs émotionnels* »[2]. Précisons que pour ce qui concerne l'obésité c'est tout le corps qui se trouve envahi par cette « faille ».

Pour illustrer le lien particulier entre le choc émotionnel et l'obésité, outre les récits de vie qui en témoignent, il convient de se référer à nouveau aux travaux de J. Guir (1983) repris lors d'une conférence devant des psychiatres par P. Cornet et M. Durel (2012).

Pour J. Guir, le phénomène psychosomatique trouve sa source « *dans un événement de la vie du patient, ou de l'histoire de sa famille. Il peut être indiqué par une date (on parle alors de "signifiants dataux") Ce "chiffrage" singulier participe de l'inscription d'un événement réel sur le corps du patient* ».

Il poursuit : « *Le paradoxe et le tragique de la souffrance corporelle est qu'elle est ressentie par le sujet comme un "appel au père". Le fond du problème est d'être aimée, désirée par le père. Pour s'en assurer, le sujet organise "une symétrie dans la douleur" et crée, à son corps défendant et souffrant, une "jouissance spécifique". Il s'agit pour le sujet d'imiter la jouissance de cet autre dont il a été douloureusement séparé. L'organe atteint fonctionne comme un organe emprunté à un autre et tente de jouir comme s'il appartenait à cet autre. Greffe imaginaire qui force à voir avec l'œil de l'un de ses parents, respirer avec son arbre respiratoire, digérer avec son tube digestif.* »[3]

Nous ajouterons : grossir avec et comme l'autre, ou grossir pour se désigner « massivement » à l'attention de l'autre. Dans le cadre de l'obésité, nous pouvons retrouver dans la clinique un signifiant inaugural de date du début de la pathologie ou comme référence

---

1 *Ibid*. p. 50.

2 *Ibid*. p. 50.

3 Cornet P., Durel M., Guir J. (2012) *Initiation à la dimension psychosomatique en troisième cycle de médecine générale à Paris VI. Un enseignement centré sur les concepts de transfert, de symptôme, du signifiant et de la jouissance*. Annales du congrès Dinan 2010 ; Collège des psychiatres libéraux. Psychiatries. Transmettre : hasard et nécessité ; 156 ; p. 123-138.

pour en donner du sens. Parfois, c'est le désir de l'autre (parental et nourricier le plus souvent) qui vient envahir la totalité du corps de l'enfant et l'inscrire ainsi dans une trajectoire d'obèse. J. Lévine l'illustre par un récit riche d'enseignement. Un enfant de 6 ans et demi est amené par sa mère à la consultation du psychanalyste pour évaluer la possibilité de sauter une classe du fait de ses aptitudes exceptionnelles d'apprentissage. Cet enfant en surpoids dessine successivement deux nuages en inscrivant par deux fois « papa » puis en barrant ce qu'il a écrit dans les nuages. Cet enfant n'est pas le fils du « père » qui se présente à la consultation et l'on apprend que l'enfant est gavé par une mère qui ne le désirait pas. J. Lévine en fait l'analyse suivante : « *L'enfant ne parvient pas à mettre en place un imaginaire qui lui permettrait de substituer un autre vécu à celui de l'enfant ne connaissant pas son père* ». Quel sera le moyen de protection mis en place par l'enfant ? « *L'aliment a pour fonction de protéger, plus ou moins partiellement, contre les effets internes du traumatisme, en même temps qu'il continue de les rendre présents. Il représente à la fois l'inacceptable et la non-conformité de l'histoire de l'enfant en même temps qu'il permet de lutter contre cet inacceptable (...). Les choses se passent comme si l'enfant faisait une sorte de pacte de fidélité à la partie négative de son identité* »[1].

Sur ce point du père absent, de la place du manque, J. Guir parle de « *l'appel au père* »[2].

Deuxième entité constitutive de l'image corporelle repérée par F. Dolto, l'*image fonctionnelle*. Elle est, contrairement « *à l'image de base qui est statique, une image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* »[3].

C'est ainsi que pour l'enfant, la main d'abord « *zone érogène orale (l'enfant prend et porte à la bouche), puis rejetante anale (apprentissage de la propreté : c'est « caca »), a à s'intégrer à une image fonctionnelle brachiale, donnant la liberté musculo-squelettique qui lui permet de parvenir à ses buts. Elle sert la satisfaction de ses besoins et l'expression de ses désirs par ses jeux* »[4].

Dès ce stade, la main acquiert sa dimension érogène définitive. Pour qu'elle soit harmonieuse, l'image fonctionnelle suppose un usage adapté du schéma corporel.

La troisième composante de l'image du corps, d'après F. Dolto, est l'*image érogène* : « *Elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique à l'autre* »[5]. La cohésion narcissique du sujet suppose, tout comme

---

1 Levine J. (2009) L'obésité traversée par l'image de soi. Les enfants en surcharge pondérale. *In* Trop gros ? *L'obésité et ses représentations (*dir. Csergo J.). Autrement. p.156-157.

2 Guir J. *La maladie psychosomatique : « une Père-version » ?* http://www.guir.fr/

3 Dolto F. *Op. cit.* p. 55.

4 *Ibid*. p. 56.

5 *Ibid*. p. 57.

le bon usage de l'image fonctionnelle, une ouverture *via* l'image érogène de la voie d'un plaisir partagé. F. Dolto conclut : « *L'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique*. » Cette dernière correspond « *au désir d'être et de persévérer dans un advenir. Ce désir, en tant que fondamentalement frappé de manque, est toujours ouvert sur l'inconnu* »[1].

Lorsque nous aborderons les entretiens des patients, nous reviendrons sur la question de la séduction, du désir et du manque et de la mise en jeu du corps obèse comme lieu d'investissement libidinal. Il s'agissait, préalablement, de développer quelques aspects théoriques à ce propos que nous pourrons plus aisément repérer lorsqu'il s'agira de discuter notre travail d'entretiens. La question du corps érogène est en partie incluse dans l'approche esthétique et idéale du corps, et de sa norme.

5. Esthétique et corps idéal : la norme et l'énorme

Nous appuierons l'approche du lien entre esthétique du corps, norme et corpulence sur le travail de T. de Saint Pol, qui relève que les différences d'ordre biologique entre les corps représentent aussi un enjeu dans la relation entre individus : « *Objet de consommation, de distinction, mais aussi de discrimination, le corps donne lieu à une multitude de comportements guidés par l'existence d'un idéal : le corps désirable* »[2].

La question du paraître, de l'image que l'on donne à voir de soi repose sur des rapports de séduction mais aussi de force : les individus peuvent se faire violence au seul motif de tendre vers ce qui leur semble être un canon, un idéal du corps dont « *la forme et la corpulence (…) sont devenues aujourd'hui le vecteur par excellence de cet idéal vers lequel doit tendre un corps pour être désiré ou pouvoir susciter le désir* »[3]. La restriction alimentaire est l'illustration la plus banale des violences faites au corps dans le seul but de s'inscrire dans le jeu de la séduction ; l'obésité est jugée comme un obstacle à cette démarche. T. de Saint Pol parle de « *tyrannie du corps désirable »*[4]. « *Les principes sexuants et les idéaux de beauté sont incorporés, et le corps en porte la marque à la fois dans sa chair et dans ses usages. C'est le cas en particulier de la corpulence, pour laquelle on éduque dès l'enfance, surtout les filles, à surveiller leur poids et leur alimentation* »[5].

---

1 *Ibid*. p. 58.

2 De Saint Pol T. *Op. cit.* p. 1.

3 *Ibid*. p. 1.

4 *Ibid*. p. 15.

5 *Ibid*. p. 20.

La notion de « poids idéal » vient se superposer à celle de « corps idéal », qui elle-même affleure à celle d'esthétique. L'excès de poids faisant rupture avec cette dernière pour s'en éloigner définitivement – sur ce point rappelons combien l'homme de Vitruve, s'il n'est pas le modèle de la beauté, hante encore les représentations contemporaines des proportions idéales pour ce qui relève de l'harmonie corporelle, de l'esthétique, une distinction de l'apparence à laquelle, par surcroît, on prête encore aujourd'hui quelques vertus. L'élégance morale ne trouverait pas à s'exprimer dans un corps trop gras. Vice ou vertu s'incarnent dans la laideur ou la beauté : mollesse de caractère, laisser-aller du côté des obèses responsables de leur masse grasse en excès, aptitude à décider et à diriger, rectitude du jugement du côté des minces. Lorsqu'il s'agit de l'obésité, le jeu de l'apparence dans la distribution des rôles et des fonctions au sein d'une société lipophobe joue à plein. Nous reviendrons sur le corps comme construction sociale, la répartition contrastée des vices et des vertus n'en étant qu'un des aspects. Le préjugé selon lequel les personnes obèses sont moins aptes à diriger, à décider, à faire montre d'énergie et de rigueur se retrouve dans le résultat des études qui s'intéressent à la promotion sociale de ces personnes.

Avant d'aller plus avant sur le chemin de la construction sociale du corps et de son avatar concernant le corps obèse, il convient d'explorer davantage le travail de T. de Saint Pol. En quoi la quête du corps désirable comme un Graal moderne de corporéité vient-elle télescoper la pensée médicale sur le corps obèse ? Et en quoi cette interaction favorise-t-elle certaines conduites déviantes de la part des médecins par des injonctions à maigrir ?

T. de Saint Pol part du constat qu'« *on ne peut en aucun cas s'intéresser au corps désirable sans accorder une place essentielle aux normes médicales et au rôle que les médecins jouent dans leur définition* »[1]. Il invite à faire le double constat que l'obésité relève d'une norme de nature médicale, à savoir l'IMC supérieure ou égale à 30, et que la norme est associée à la désirabilité du corps. Il n'est que des maladies d'apparence (obésité, handicap physique, préjudice esthétique quelle qu'en soit la cause) qui mettent en résonance le paraître de la maladie et la dimension libidinale au travers du désir, à savoir ce corps visiblement déformé est-il désirable ?

Avant ce constat, T. de Saint Pol souligne la nature profondément biologique du corps, mais à peine a-t-il tiré le corps vers le *corps-objet* qu'il le fait s'en échapper : « *S'il est nécessaire de reconnaître qu'il* [le corps] *est par nature biologique, porter un regard sociologique sur le corps a bien un sens* »[2].

1 *Ibid*. p. 2.

2 *Ibid*. p. 2.

Pourquoi mettre au centre de la réflexion le regard médical ? Parce que « *le rôle médical n'est pas neutre. Il désigne les malades, les nomme, les classe. Non seulement, la médecine procède du social, mais elle produit du social. Normalité et normativité médicale vont de pair* »[1].

Comme maladie, l'obésité ne se définit pas en soi mais, nous l'avons vu, du fait des comorbidités afférentes et des risques qu'elle fait courir en comparaison à d'autres maladies. La classification, la liste, sont deux mécanismes structurels de la pensée médicale. La construction permanente du savoir à propos de l'obésité produit un discours qui organise sa perception sociale. À propos du savoir, citant C. Fischler, T. de Saint Pol le propose comme « *un processus de construction de la maladie en tant que situation sociale marquée du signe de la déviance* »[2]. Cette déviance serait entendue comme un décalage en rapport à la norme. La norme étant définie par une somme d'éléments objectifs (pour l'obésité : l'IMC, les comorbidités,…), mais aussi subjectifs construits sur des valeurs sociétales spécifiques. C'est à ce titre que l'on parle de construction sociale de l'obésité et plus largement de la maladie. Un exemple plus frappant encore se rencontre dans la maladie mentale. Si le malade mental, en Occident, est coupé par son discours et son comportement des sujets sains, il porte en lui et par lui l'expression des symptômes de sa maladie. Les différentes maladies sont le support d'une classification minutieuse[3].

Le discours médical participe à définir une norme de corpulence et conséquemment, même si les médecins n'en ont pas l'intention, une norme esthétique et de désirabilité de la corporéité. L'une et l'autre cheminent de concert dans la construction des représentations du corps obèse.

C. Le corps utopique : une approche topologique

Pourquoi envisager la notion de corps utopique dans le cadre de la réflexion plus générale sur la relation qu'entretient le médecin au corps, au corps obèse et, de façon plus particulière, au corps symbolique que nous traiterons secondairement ?

L'une des expressions les plus communes des patients obèses concernant leur corps touche à la pesanteur (l'apesanteur pour ce qui concernerait le corps utopique).

---

1 *Ibid*. p. 57.

2 Fischler C. (1990). *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps.* Paris, éd. Odile Jacob. p. 325.

3 Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual – *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) véritable ouvrage de taxonomie psychiatrique qui classe les maladies, les syndromes et les symptômes des maladies mentales. Cette classification s'est faite sur proposition de l'association psychiatrique américaine. Le DSM V vient d'être publié en 2013.

- *[F24]* Mon corps m'encombre. Il est trop matériel. Moi j'ai la bougeotte. Je voudrais avoir le don d'ubiquité. Si j'étais désincarnée, dématérialisée, je pourrais être à la fois à une expo, au cinéma, à la campagne, chez une copine. Finies les courses. Pas besoin de bouffe, ni de fringues, puisque pas de corps. Je n'aurais qu'à nourrir mon esprit. Un être entièrement spirituel, léger, léger.

Il s'agit bien de faire du corps une abstraction, de le projeter dans tous les lieux possibles sans en occuper aucun : une utopie. Lorsqu'il explore la notion d'hétérotopie, M. Foucault écrit : « *Sans doute sont-ils [ces lieux] nés, comme on dit, dans la tête des hommes, ou à vrai dire, dans l'interstice de leurs mots, dans l'épaisseur de leurs récits, ou encore dans le lieu sans lieu de leurs rêves, dans le vide de leur cœur ; bref, c'est la douceur des utopies* »[1]. Nous nous appuierons sur les textes de M. Foucault pour justifier cette approche en préalable de celle du corps symbolique. Car, avec cette notion du corps symbolique, il endosse mille costumes à la fois : lieux de l'histoire du sujet, de mémoire familiale et culturelle, enjeux économico-politiques ou idéologiques, et bien d'autres figures et fonctions. Le corps symbolique remplit et déborde le sujet, le dessine et l'estompe tout à la fois.

M. Foucault évoque son corps comme lieu d'enfermement : « *Mon corps, "topie impitoyable"* »[2]. Si Platon soutenait que le corps est le tombeau de l'âme, M. Foucault le compare à une cage : c'est « *dans cette cage que je n'aime pas, qu'il va falloir me montrer et me promener ; à travers cette grille qu'il faudra parler, regarder, être regardé ; sous cette peau, croupir. Mon corps, c'est le lieu sans recours auquel je suis condamné* »[3]. On revient ici, encore et toujours, au regard de l'autre. M. Foucault souligne qu'il n'a nul possibilité de se séparer de son corps : « *Je ne peux pas me déplacer sans lui ; je ne peux pas le laisser là où il est pour m'en aller, moi, ailleurs* »[4].

C'est précisément par le constat initial d'un stigmate et de l'enfermement que naît le fantasme de la liberté : s'échapper de sa double condition d'handicapé et de prisonnier du corps. De façon analogue, les sujets obèses songent souvent à l'évasion jusqu'à l'abstraction corporelle. Ce n'est pas toujours maigrir qu'ils souhaitent, mais devenir évanescents. Sur ce point, ils rejoignent, par d'autres linéaments de la psyché, les anorexiques qui rêvent d'une forme d'immatérialité corporelle.

- *[H7]* À la télévision, un professeur mettait en parallèle l'obésité et l'anorexie, j'aimais bien qu'on me compare à un anorexique, d'ailleurs, j'aime toujours qu'on me compare à un anorexique, ça me rassure.

---

1 Foucault M. (1966). *Le corps utopique. Les hétérotopies*. Éd. Lignes. p. 23.

2 *Ibid*. p. 9.

3 *Ibid*. p. 10.

4 *Ibid*. p. 9.

L'analogie est reprise par J. Boucher : « *Anorexiques, obèses, même combat : gagner notre bataille sur la nourriture (…). Enveloppe différente, malaise identique* »[1].

De fait, la clinique est différente. Si la première renvoie aux idéologies de la pureté et aux rituels de purification – rituels qui président aux mouvements actuels de jeûnes ou de lavage hydro-colique –, la représentation du second fait surgir l'idée d'un remplissage sans mesure et sans fond. Pourtant, chez les obèses, les fantasmes de la minceur sont à l'œuvre, parfois jusqu'à l'extrême puisque l'anorexie est parfois perçue comme une libération du poids quotidien du vécu de l'obèse. En comparant obésité, reconnue comme une maladie, avec l'anorexie, une patiente en dit :

> • *[F42]* L'anorexie ce n'est pas pareil. L'obésité c'est que négatif, je peux vous le dire.

Le corps sans corps tiendrait les promesses d'une libération, le réel du corps pesant serait transcendé, voué à disparaître dans une abstraction. À ce stade, la tentation est grande de faire une courte incise en visitant la psychanalyse lacanienne qui place le corps du côté, non pas du réel, mais de l'imaginaire, et rejoint ainsi le concept de corps comme construction sociale. C'est-à-dire que le corps procède d'une construction mentale pour l'essentiel inconsciente.

Précédemment, nous avons évoqué, d'une part, avec l'anatomiste A. Vesale, la rupture épistémologique avec l'accès au « corps-cadavre » débarrassé de sa dimension métaphysique, détaché du cosmos et, d'autre part, le corps comme *topie* où se mêlent tous « *les ailleurs du monde* » et d'où « *sortent et rayonnent tous les lieux possibles, réels ou utopiques* »[2]. Il se crée un conflit entre l'entrave ressentie et l'aspiration à des espaces infinis. Dans ce jeu de topographie et de géographie, le sujet, loin de s'y perdre, noue avec son identité : « *Le corps est la souche identitaire de l'homme, le lieu et le temps où le monde prend chair à travers un visage singulier. Il est l'axe de sa relation au monde* »[3]. En parcourant d'autres rivages culturels, mais qui s'inscrivent dans la même métaphore topologique, M. Durel rappelle, citant K. Schipper[4], et son *Corps taoïste* (1982) : « *Le corps de l'homme est l'image d'un pays* »[5]. K. Schipper entreprend dans de belles pages une description du corps depuis la tête comme « *une chaîne de pics qui entourent un lac*

1 Boucher J. (2009). *La grosse. Témoin de vie*. Paris, éd. Hachette, coll. Pratique. p. 111.

2 Foucault M. *Op.cit*. p. 18.

3 Le Breton D. *Op. cit*. p. 18.

4 Schipper K. né en Suède en 1934, études aux Pays-Bas, professeur à l'École pratique des Hautes études, initié au taoïsme en 1968 (École Zhengyi), il enseigne actuellement à l'université de Fuzhou (Fujian).

5 Durel M. (2012). *La cure, le corps, une asymptote.* (non publié).

central » jusqu'aux *« régions les plus profondes du corps, au fond de l'océan, où s'ouvre un trou béant qui siphonne les eaux et les énergies du champ de cinabre [dāntián]* »[1].

Après la réclusion et le fantasme de l'évasion cosmique, qu'advient-il de ce corps utopique chez M. Foucault ?

Ne trouvant nulle échappatoire « *du côté du pays des fées et des lutins* », qu'il qualifie de « *pays où l'on est visible quand on veut, et invisible quand on le désire* », il se dirige vers *« une utopie qui est faite pour effacer les corps. Cette utopie c'est le pays des morts* »[2]. La tentation est grande de la disparition, Olivia, une patiente, en témoigne :

> • *[F30]* Un jour, j'en ai eu marre. J'ai pris un couteau et je l'ai planté dans l'image, pour qu'elle disparaisse. Je n'ai rien senti. Ce n'était pas de l'auto-mutilation. Je n'ai pas cherché à me faire du mal. J'ai taillé dans une matière virtuelle.

En écho, M. Foucault écrit : « *Le corps, fantôme qui n'apparaît qu'au mirage des miroirs, et encore, de façon fragmentaire* »[3]. Nous sommes dans la dissociation du sujet comme dans certaines psychoses, toutefois la permanence de l'appareil critique en maintenant le sujet dans le réel fait la différence : la personne sait, quoi qu'elle en dise, que son corps lui appartient et a de la consistance. Dans la psychose, « *une partie du corps devient une entité indépendante et peut prendre la place de la totalité du corps, la partie n'est plus reconnue comme une partie dans le tout et prend la place de l'ensemble* »[4].

Après avoir envisagé la mort comme l'ultime *topie* pour y loger le corps, M. Foucault, qui ne s'en satisfait pas, se résigne à renverser sa proposition initiale, si nous ne pouvons pas éparpiller notre corps dans tous les coins du monde, pourquoi ne serait-il pas le lieu unique de toutes les convergences ? « *Le corps humain est l'acteur principal de toutes les utopies* »[5], et de poursuivre : « *C'est par rapport à lui – et par rapport à lui comme souverain – qu'il y a un dessus et un dessous, une droite et une gauche, un avant, un arrière, un proche, un lointain. Le corps est le point zéro du monde, là où les chemins viennent se croiser le corps n'est nulle part : il est au cœur du monde ce petit noyau utopique à partir duquel je rêve, je parle, j'avance, j'imagine, je perçois les choses en leur place et je les nie aussi par le pouvoir indéfini des utopies que j'imagine* »[6].

M. Foucault avance une proposition finale qui vient comme point de réconciliation entre soi et son corps : « *L'amour lui aussi, comme le miroir et comme la mort, apaise*

---

1 Schipper K. (1982) *Le corps taoïste*. (rééd.1997). Paris, éd. Fayard, p. 142 et p. 145.

2 Foucault M. *Op. cit*. p. 11.

3 *Ibid*. p. 14.

4 Méchali L. (2014). Citation de G Pankow in *Le travail : un outil de prise en charge au long cours des sujets psychotiques*. Thèse de doctorat en médecine soutenue le 11 septembre 2014.

5 Foucault M. *Op.cit*. p. 15.

6 *Ibid*. p. 18.

l'utopie de votre corps, il la fait taire, il la calme, il l'enferme comme dans une boîte, il la clôt et il la scelle. (...) C'est parce que dans l'amour le corps est ici »[1].

Position que partage Clara :

- *[F41]* Depuis, je sais que je ne vais plus me battre. Un seul regard me suffit enveloppe et surtout redécouvrir ce qu'il y a à l'intérieur. L'or en fusion d'une femme amoureuse.

La mise en résonance du texte de M. Foucault sur le corps utopique et des témoignages de patientes nous a permis de comprendre combien cette dimension du corps est présente dans une relation de soin. Même si le stigmate dont souffre M. Foucault est de nature différente, il expose à des mécanismes communs pour y faire face. Le corps utopique est une réponse au stigmate, l'évanescence du corps est aussi celle du stigmate, une réponse par effacement du tout qui emporte avec lui la partie dont on souhaite se débarrasser. Dans le cas du corps obèse, le tout et la partie se confondent.

D. Le corps symbolique

Comme précédemment, nous aborderons la question dans le cadre restreint des sociétés occidentales. Les emprunts faits à d'autres civilisations seront limités de telle sorte à ne fournir que des contre-champs susceptibles d'enrichir le propos principal.

L'expérience clinique conduit à aborder le concept de corps symbolique au travers du discours du patient, qui convoque durant la consultation, de façon consciente ou non, d'autres corps que le sien. Ces corps invités en tiers donnent du sens à la maladie ou, au minimum, à la présence du patient dans ce contexte de soin. Il s'agit en quelque sorte d'une quête holistique. Ceci délimite la notion de corps symbolique dans l'espace de réflexion que nous souhaitons explorer. D'autres approches de ce concept permettront d'enrichir ou de confronter notre vision de clinicien à des concepts différents, tels que les proposent la sociologie, la psychanalyse ou l'anthropologie.

Comme nous l'avons vu à propos du corps-objet, le médecin est interpellé par les dysfonctionnements d'organes puisque le paysage nosologique qui est le sien, et qui constitue son cadre de réflexion, interprète le rapport harmonieux ou non des organes entre eux. Si cela remplit une condition nécessaire au diagnostic de la maladie, elle s'avère le plus souvent insuffisante lorsqu'il s'agit de comprendre le malade. Nous avons touché précédemment les limites d'une vision organiciste de la santé qui se réduirait au « *silence des organes* »[2] et dont la maladie, *a contrario,* pourrait être la rupture.

---

1 *Ibid*. p. 20.

2 Leriche R. (1937). « La santé c'est la vie dans le silence des organes », http://www.medarus.org/

1. Le corps comme construction sociale

a) Dans la clinique du médecin

Le corps n'échappe pas à l'opposition dialectique entre nature et culture[1]. Même si la tentation persiste de l'appréhender comme un produit naturel abîmé par la société, les courants naturalistes en tous genres en témoignent, nous n'échappons pas à la nécessité de le percevoir comme « *l'objet et le produit de la socialisation* »[2]. L'intégration du naturel au culturel finit par imposer la représentation inverse, à savoir que ce qui est culturel est perçu comme naturel. Le débat sur le genre en est une illustration : naître masculin ou féminin quant à son génotype n'impose pas que l'on soit garçon ou fille quant au phénotype. Le genre est une construction sociale qui est assignée aux enfants dont la plupart s'accordent au modèle dominant alors que certaines ou certains y échappent. « *Il est à peine besoin de rappeler que le corps dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire les dimensions de sa conformation visible (volume, taille, poids, etc.), est un produit social* »[3]. Pour autant il convient de revenir sur cette notion de « produit social » selon P. Bourdieu, pour comprendre en quoi le corps, même dans son morphotype, est une construction sociale.

Si l'on admet qu'il s'agit bien d'une construction, de quels matériaux est-il constitué ? En quoi ce qui n'apparaît pas à l'évidence, à savoir que le corps dans sa nature, relève-t-il aussi de cette construction ? Et quelles sont les spécificités de la construction du corps obèse ?

Avant d'envisager ces questions, revenons au corps symbolique tel que les patients l'enseignent aux médecins. Lors de la première consultation, l'habitude du médecin est d'interroger le patient sur ses antécédents familiaux. Un certain nombre de maladies revêt un caractère héréditaire. La recherche de ces pathologies trouve son fondement dans l'évaluation des risques du sujet et la mise en place d'une stratégie préventive. Il n'est pas rare qu'à cette occasion le patient exprime ses craintes, ou son fatalisme, son vécu de la maladie, voire ses croyances ou ses fantasmes. La maladie s'est, en quelque sorte, inscrite au blason familial : elle prend un sens précis pour le sujet.

Medecins/MedecinsTextes/leriche-rene.html

1 « Le corps précisément parce qu'il est notre corps, constitue une espèce de partenaire consubstantiel ». Marzano M. (2012). *Op. cit*. p. 7. Nous sommes et avons un corps, *corps-objet* et *corps-sujet* ne font qu'un et dialogue dans cette consubstantialité.

2 Detrez C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris, éd. Seuil, coll. Points Essais. p.1 8.

3 Bourdieu P. (1977) « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol 14 ; numéro 14 ; p. 51.

L'histoire de Christiane en est un bon exemple. Elle prend conscience de son obésité et des conditions comportementales qui y ont présidé. « *J'ai commencé à manger de façon excessive, j'ai cherché l'enflure sans préméditation* »[1].

La question de la pulsion est au centre de son histoire. Elle mange, se remplit pour ressembler à un autre corps : « *Je suis devenue une femme grosse par amour, aux dépens de l'estime de moi, au risque de l'aversion des autres ; par amour pour cet homme que je ne devrais plus appeler mon père, qui était gros, qui était la tendresse, la douceur et celui qui m'a donné un nom* »[2]. Le témoignage de Christiane nous éclaire sur la constitution de son obésité (plus de 140 kg au moment des première consultations), sur son conflit de loyauté. Nous l'avons évoqué, deux termes s'opposent, d'une part, la conscience de sa prise de poids et le danger que cela suppose, la pulsion qui l'emporte sur la raison, d'autre part, la nécessité de prouver aux autres que cet homme est son père, au mépris des risques. Il faut repérer ici que la pulsion est d'autant plus forte que l'enjeu de la filiation se double de la question du nom du père[3]. Nous imaginons bien que, dans la situation de Christiane, le corps du père se trouve au centre des consultations, sa présence symbolique détermine de façon prioritaire la conduite de la relation de soin. Le travail va consister à ce que Christiane verbalise cette vérité insue d'elle-même, puis accepte l'idée qu'une perte de poids ne s'apparente pas à une trahison symbolique. Plus encore, en s'aventurant sur le terrain de la psychanalyse, si la pulsion[4] ne se dément pas, Christiane a pu renoncer à la jouissance mimétique du corps de l'autre. C'est à partir de ce chemin parcouru que la perte de poids est devenue envisageable.

Comme en miroir, une autre image troublée d'un corps de l'autre apparaît au travers de ce que nous en dit une patiente en parlant de sa mère : « *Elle était presque anorexique, mince, plutôt maigre* ». À la question n'allait-elle pas jusqu'à se faire vomir ? Elle répond : « *si, si !* » [F 43]. Cette patiente fume beaucoup pour ne pas grossir, le contrôle du poids est une obsession qui ne l'empêchera pas de grossir jusqu'à son obésité actuelle.

---

1 Cornet P. *XXelle*. *Op. cit*.

2 *Ibid*.

3 À ce propos, nous nous référons aux travaux de J. Guir (sur l'importance du nom du père. La maladie psychosomatique : Une « Père-version » ? , http://www.guir.fr/). La partie du corps qui est malade s'apparente à un rapt symbolique de nature à procurer de la jouissance au sujet souffrant du phénomène psychosomatique. Dans le cas de Christiane, nous l'avons déjà évoqué, c'est la totalité du corps qui est saisie dans le phénomène psychosomatique, c'est tout le corps qui jouit. Attention, il convient de distinguer ce qu'est la jouissance qui procède de l'inconscient et le déplaisir voire la souffrance que le patient peut ressentir face à son obésité, ceci relève du conscient. Les deux termes ne sont pas à confondre.

4 *« Freud définit la pulsion, très tôt dans son œuvre, comme ce qui exige une satisfaction au sujet, une satisfaction immédiate, sans délai, par tous les moyens, mais, nous indique Freud, très souvent, d'une façon toute à fait indépendante de l'objet.»* M. Bassols. Extrait de la conférence : *Le corps et ses jouissances.* 23 mai 2003.

À l'inverse de cette anthropophagie symbolique du corps de l'Autre, nous entendons des patients redouter devenir comme tel ou tel de ses parents. L'évocation même du corps de l'Autre sert de repoussoir à s'imaginer être le reflet d'un corps détesté. Là encore, un « corps-tiers » est présent dans la consultation comme anti-modèle. Si ce n'est pas le corps d'un autre, il peut aussi s'agir d'un « corps-générique » (le gros).

La clinique médicale nous confronte chez un même patient, le plus souvent dans le même temps, à des dimensions du corps différentes, mais intriquées : le corps-objet, corps biologique, corps de la science, le corps imaginaire et utopique, corps fantasmé, corps libéré, et le corps symbolique comme en référence holistique à l'ensemble des autres corps. Si ces dimensions du corps sont une permanence dans la relation de soin, il est aisé d'en imaginer le poids lorsqu'il s'agit d'obésité.

b) Apport de la psychanalyse

Nous pouvons rapprocher deux propositions, l'une avancée par la psychanalyse : « *On naît avec un organisme, mais le corps, on se le construit* » [(1)], l'autre par la sociologie : « *La corporéité est socialement construite* ».[(2)]. En quoi ces deux termes sont-ils susceptibles d'orienter le médecin dans sa clinique ? Cela lui permet de s'affranchir, sans en oublier les fondements, du corps-objet qui, comme nous l'avons évoqué, est la base de l'apprentissage de la médecine. La nosologie n'est qu'un outil nécessaire, elle ne se superpose pas, et encore moins ne se substitue, à la pratique de soin dont l'objet de ses attentions n'est nullement un organisme mais un sujet malade. La dimension de représentation qu'a le patient de son propre corps est au centre de la démarche thérapeutique ; dans ces conditions, comment ignorer ce qui fait l'essence de sa corporéité ? Si l'homme produit son corps, il ne le fait pas seul. J. Lacan l'a repéré comme un « acte » lors du stade du miroir, c'est-à-dire un effet fondateur. Il dit, à ce stade de l'image spéculaire, que ce moment *« rebondit aussitôt chez l'enfant en une série de gestes où il éprouve ludiquement la relation de mouvements assumés de l'image à son environnement reflété, et de ce complexe virtuel à la réalité qu'il redouble, soit à son propre corps et aux personnes, voire aux objets, qui se tiennent à ses côtés* »[(3)]. C'est précisément par cette expérience unique pour chaque être que J. Lacan fait passer le corps du côté de l'imaginaire. M. Durel compare l'approche lacanienne de celle du Tao en ces termes : « *Ce qu'on remarque, c'est que pour Lacan le corps est placé du côté de l'imaginaire. Si l'on considère qu'il*

---

1 Lacan J. (1966) *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Communication faite au XVI^e^ congrès international de psychanalyse, à Zürich, le 17 juillet 1949* in *Les Écrits*. Éd. Le Seuil. p. 93.

2 Le Breton D. (1992). *Op. cit*. p. 18.

3 Lacan J. (1966). *Op. cit.* p.93.

existe un soubassement à la culture chinoise inspiré par le taoïsme, alors le dispositif (le nœud borroméen[1]*) lacanien ne tient pas. Car il me semble que le corps chinois est placé du côté du symbolique* ».

En se situant du côté de la psychosomatique, M. Durel poursuit : « *Il apparaît cependant que la plupart des théories psychosomatiques passent par une interprétation symbolique des affections dont souffrent les patients ; ainsi des parties précises du corps peuvent-elles être liées symboliquement à l'univers inconscient du sujet. Sommes-nous ici en frottement avec l'énoncé lacanien du corps imaginaire ?* » [2].

Cette remarque a une pertinence particulière lorsqu'il s'agit de cerner le sens que prend la maladie pour un sujet donné. Il en va ainsi de l'obésité comme des autres maladies. Ce que nous apporte notre expérience de médecin, c'est précisément que le discours du patient obèse en découd sans cesse avec ces deux registres de l'imaginaire, parce qu'il est discours et plus précisément discours de l'autre, et du symbolique en référence aux propos de M. Durel concernant le corps dans la psychosomatique.

c) Les matériaux de construction du corps comme produit social

Le corps, produit de nature ou de culture, serait-ce une opposition illusoire ? La clinique du médecin se trouve-t-elle influencée par la sociologie et l'anthropologie ?

Plusieurs aspects dans la construction sociale du corps interrogent le médecin dans sa pratique : les constructions et les représentations de la maladie, et pour ce qui nous concerne l'obésité, les habitudes alimentaires et leurs rapports à la maladie, les pathologies du « corps-outil » et son engagement dans le travail, la reconnaissance de la maladie comme statut social, etc. Nous resterons attaché à discuter ce qui a trait à la corpulence, au fait de manger et à l'intérêt qu'y prend le médecin dans ces registres de la construction sociale du corps, sans nier l'importance de l'ensemble des autres aspects.

La dialectique qui oppose nature et culture ne trouve aucune consistance pour en délimiter la frontière lorsqu'il s'agit de parler du corps. Aujourd'hui plus que jamais, le corps est un lieu fantasmatique de la maîtrise, de la performance, de la transformation, mais aussi de la norme, pour laquelle C. Durif-Bruckert s'interroge : « *Comment expliquer la logique d'escalade et de surenchère à laquelle est invité le sujet social dans le domaine*

---

1 « *Qu'est ce qu'un nœud borroméen ? Il s'agit d'une figure, composée de trois anneaux noués de telle manière que si l'on détache l'un d'entre eux, les deux autres ne tiennent plus ensemble. Lacan l'introduit dans son séminaire, le 9 février 1972. Outre l'emblème de la famille Borromée (Italie, XVII*e *siècle) qui lui a donné son nom, on trouve des exemples de nœud borroméen dans l'iconographie européenne depuis plusieurs siècles (Scandinavie VII*e *siècle).* » Extrait de la communication faite par M. Durel lors de la conférence de Z. Du (Chine), 15 février 2012 (non publiée).

2 *Ibid*.

des normes pondérales et alimentaires ? (...). Pourquoi les ordres de la minceur sont-ils imposés aujourd'hui avec autant de rigueur, sur un mode si tyrannique, et pourquoi sont-ils aussi parfaitement intériorisés par les individus ? »[1]. Parce que le corps est de plus en plus soumis à des contraintes sociales conformes à des modèles, « *il fait l'objet d'un jugement sociétal qui lui impose, par toutes sortes de ruses, ses propres normes de développement, d'entretien, et de présentation* »[2].

Les enjeux individuels et collectifs sont si prégnants et soumis à des rituels et des codes dans les sociétés modernes que l'on n'hésite pas à parler de « culte » du corps. Culte du corps dont les personnes obèses pourraient être, en apparence, les grandes perdantes. Mais, à y regarder de plus près, les sujets obèses ne font pas rupture avec la dynamique d'ensemble : l'objectif de la minceur est partagé, les moyens aussi, seules les difficultés rencontrées pour y parvenir sont plus importantes pour les sujets obèses. Il s'agit davantage d'une différence de niveaux plus que d'aspiration. Les privations et manipulations contingentes à ces micro-rituels[3] (alimentaires, pécuniaires, chirurgicales, sportives, techniques, cosmétiques…) participent d'un vaste courant collectif dominé par l'idéologie de la maîtrise. Ceci contribue à voir émerger subséquemment les dérives, les dérapages, les traumatismes de l'échec à y parvenir. En réaction à l'idéal de minceur, il existe une contre-culture de la corporéité plus ou moins voulue ou subie. Les courants identitaires ou protestataires autour des revendications des personnes obèses nous le rappellent : lutte contre les discriminations, affirmation de son obésité comme identité, groupes de parole, associations d'obèses, création de sites dédiés au thème de l'obésité. Mais ces mouvements, même en opposition avec les codes majoritaires, constituent en eux-mêmes un fragment intégrable à l'ensemble du système symbolique et n'ont de sens qu'en référence aux produits sociaux qu'ils dénoncent. Si l'on considère ces mouvements comme des conduites hors de la norme (anormale), alors nous pouvons relever ce qu'en écrit C. Lévi-Strauss, commentant M. Mauss à propos des conduites anormales : « *Dans un groupe social donné, (les conduites sociales anormales) atteignent au symbolisme, mais à un niveau inférieur* »[4].

---

1 Durif-Bruckert C. (2011) *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*. Paris, éd. Armand Colin, p. 161 et 172.

2 Marzano M. (2012). *Op.cit*. p. 9.

3 Nous entendons par « micro-rituels » des pratiques individuelles, ou touchant peu d'individus, quotidiennes, répétées, multiples, dont le sens peut être connu de l'individu seul tout en participant à un courant collectif centré sur le corps et ses performances. Ils seraient comme une contribution individuelle à une construction collective plus vaste dont la forme serait déterminée par une architecture générale tout en admettant une hétérogénéité du résultat final car il n'y a pas projet d'esthétique commun. En ce sens, il existe une *axiologie* du corps qui détermine mille usages autour de lui.

4 Lévi-Strauss C. (1950). *Sociologie et anthropologie. Introduction à l'œuvre de M Mauss*. Paris, coll. « Quadrige » PUF, (12e éd.), p. XVII.

Il poursuit : « *Peut-être pourrait-on aller plus loin encore. Le domaine du pathologique ne se confond jamais avec le domaine de l'individuel, puisque les différents types de troubles se rangent en catégories, admettent une classification et que les formes prédominantes ne sont pas les mêmes selon les sociétés, et selon tel ou tel moment de l'histoire d'une même société* »[1].

Il en va précisément ainsi pour l'obésité, qui obéit à une définition (IMC > 30) acceptée collectivement aujourd'hui, tout comme les classifications qui en mesurent le degré de gravité ainsi que les morphotypes[2]. De plus, même à vouloir s'affranchir de ce carcan médical, il reste vrai que c'est le regard social qui dicte les règles de la corpulence acceptable ou déviante et les pratiques afférentes en particulier vestimentaire : « *Le rapport entre conduite normale et conduite spéciale est complémentaire* »[3].

L'acteur (l'individu) est son monde. Chaque individu ne peut être au monde sans en avoir une représentation, mais dans le même mouvement tout individu participant du monde s'y trouve représenté. *« L'homme fait le monde à la mesure de son expérience. Il le transforme en un tissu familier et cohérent, disponible à son action et perméable à sa compréhension. Émetteur ou récepteur, le corps produit continuellement du sens, il insère ainsi l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné* »[4].

L'homme n'a pas une connaissance intrinsèque du monde, car dans ce cas, cela reviendrait à dire que tout homme, parce qu'il est homme, en aurait la même captation, et il n'en est rien tant la diversité est grande.

L'homme n'a du monde que des perceptions organisées en savoirs et plus particulièrement en savoirs expérientiels dont il tire son profit, l'ensemble ne prenant sens que pour lui et les autres acteurs qui partagent le même espace de compréhension. Par des effets de réciprocité permanents entre nature et culture se structure un système de sens, une dialectique, un langage. Les fonctions les plus élémentaires de l'être humain : le sommeil, la soif, la faim, l'exonération des déchets de son organisme, la sexualité, sont pris dans des organisations du temps et de l'espace qui leur sont propres. Il n'y a pas de fonction naturelle du corps qui n'échappe à un système déterminé et déterminant de structure et de sens.

---

1 *Ibid*. p. XVII.

2 Les morphotypes de l'obésité prennent en compte le mode de répartition majoritaire de la graisse dans le corps. Androïde pour le haut du corps, gynoïde pour le bas du corps, ovoïde dans toutes les parties du corps que l'on retrouve dans le cas des obésités massives.

3 Lévi-Strauss C. (1950). *Op. cit.* p. XXI.

4 Le Breton D. (2008). *Op. cit*. p. 18.

2. *Manger, un besoin subverti par le psychisme et le symbolique*

Si nous considérons le fait de manger, activité quotidienne, indispensable à la vie, et que nous le pensons déterminé par le seul message de faim, nous commettons une erreur. Le fait de manger n'a pas comme seul déterminant des messages d'ordre physiologique. La prise alimentaire dépend de multiples autres déterminants d'ordre culturel. De plus, elle n'acquiert pas le même sens selon les individus ou les sociétés. Quelle est la nature des aliments consommés, de quelle manière sont-ils cultivés ou élevés, préparés, mélangés ou séparés, comment, par qui sont-ils consommés, quelle en est la chronologie, quelles valeurs symboliques ont-ils ? Autant de questions qui jalonnent la seule et simple, en apparence, expérience de manger [(1)].

Sur ces points, nous sommes éclairés par M. Ringenbach, psychanalyste, qui, à propos du fait de manger, écrit : « *Pour commencer, il faut que vous ayez bien en tête que la fonction physiologique chez l'être humain est toujours subvertie par le psychisme et plus particulièrement par la relation à l'Autre. Pas de besoin physiologique pur donc* »[(2)].

Pour nous en persuader, Claude se raconte :

- *[F33]* Il me semble que dès ma naissance j'ai cherché à plaire à ma mère. J'ai tant voulu lui plaire que j'ai mangé, de tout, beaucoup.

Ou encore Émile :

- *[H8]* Mais il n'était pas question que l'on me restreigne la bouffe. Laissez moi mon bon coup de fourchette, attablé avec les copains de route. Sinon la vie n'a plus de saveur. Sinon, plutôt crever au plus vite.

M. Ringenbach poursuit à propos des enfants *:* « *Même la fonction alimentaire, si basique soit-elle, est trop vite cataloguée comme un besoin élémentaire alors qu'elle est en prise directe avec la relation qui se constitue entre le nourri et le nourrisseur. Vous savez que la première cause de consultation pédiatrique sont les difficultés liées à l'alimentation : "Docteur mon enfant ne mange pas, refuse souvent ses repas", "Docteur, mon enfant me réclame tout le temps à manger, que dois-je faire ?"* ».

Il poursuit son analyse : « *On ne peut pas dire que l'alimentation est de l'ordre du pur besoin quand on considère qu'il existe des phobies alimentaires, les anorexies, les boulimies, l'obésité (non liée à une cause somatique, c'est-à-dire la plupart du temps).*

---

1 De très nombreux ouvrages ont été consacrés à l'alimentation, au *manger*, aux rituels entourant les pratiques alimentaires. L'un des plus célèbres reste « Le cru et le cuit » in Lévi-Strauss, C. *Mythologiques. Le cru et le cuit*. Paris, Pion, Tome 1 (1964). Lévi-Strauss constate que les sociétés qui ignorent la cuisson n'ont pas de terme pour désigner le cuit, pas plus que le cru.

2 Ringenbach M. (2009). *Expression de la souffrance chez l'enfant obèse*. Communication lors de séminaires de formation médicale continue à propos de l'obésité infantile. SFTG. Non publiée.

Et même pour le quidam dont l'alimentation ne préoccupe pas le corps médical, si on y regarde de plus près, rien n'est plus déconnecté du pur besoin. Le rapport au "manger" : quoi, où, comment, est toujours pris dans les mailles d'une construction sociale et d'une fantasmatique individuelle. Dis moi ce que tu manges, ce que tu détestes, comment et quand tu manges, je te dirai qui tu es ! »

Le lien homme-aliment est fragile et complexe, et il convient « *dans le trop ou dans le pas-assez de l'alimentation de toujours se poser la question de ce que manger veut dire, exprimer, signifier* »[1]. Sur ce point nous saisissons mieux les enjeux de restrictions cognitives mais aussi psychoaffectives constituées par le régime : rupture avec un système symbolique subtile, individuel et collectif, mise à l'écart volontaire de ce système pour tenter d'en rejoindre un autre, celui du corps désirable et normé. Les successions de régimes et de reprises de poids contraignent la personne en obésité à une forme de claudication sociale dichotomique par une obligation de rupture avec l'ancienne construction de ses valeurs nutritionnelles.

a) Construction des goûts alimentaires chez l'enfant

Deux niveaux de réflexion s'offrent à nous. De façon générale, la découverte du monde pour l'enfant se fait au prix d'une ambivalence entre l'attractivité pour l'inconnu (néophilie) qui le pousse à la découverte et une crainte de ce même inconnu (néophobie) qui lui permet de se réfugier dans un système connu sécurisant Ce double tropisme antagoniste va régir toute la vie de l'individu. Sur le plan alimentaire, ce processus se met en place dès la diversification alimentaire (vers 6 mois). L'enfant commence son apprentissage du goût, mais ses choix sont dictés par les habitudes alimentaires de sa famille, de sa région, de son ethnie, des croyances alimentaires de son clan. Les valeurs symboliques et signifiantes de la prise alimentaire sont déterminantes dans les « choix » de l'enfant. Mais aussi par des adaptations mimétiques quant à l'acceptation de la nourriture.

C. Fischler confirme l'influence de la mère dans la prise alimentaire du jeune enfant, mais fait remarquer : *« Dans une expérience portant sur un échantillon d'enfants âgés de 14 à 20 mois et de 42 à 48 mois, des adultes devaient présenter aux sujets des aliments qui ne leur étaient pas familiers. Les enfants acceptaient les aliments présentés par leur mère plus volontiers que lorsqu'ils étaient offerts par un autre adulte ; ils acceptaient plus volontiers lorsque l'adulte mangeait lui-même l'aliment en question. Mais lorsque*

1 Lefourne J.-Y. (2014). « François Rabelais, orfèvre du gros » in *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris, éd. Albin Michel, p. 115.

le "visiteur" était seul avec l'enfant et mangeait lui-même, les enfants goûtaient plus souvent encore »[1].

Selon les auteurs de cette expérience[2], ce serait l'indice d'un apprentissage par observation.

Dès les débuts du nourrissage, le bébé est pris dans une construction fantasmatique dans sa relation « au manger ». Par ailleurs, dans une perspective psychanalytique, on peut dire que « *cette histoire commence tôt. L'allaitement et le sevrage va marquer dans son corps [celui du bébé], sa sensorialité, le petit d'homme. Il va se créer, très rapidement, une dissociation entre le besoin physiologique et la recherche de plaisir. Un objet approprié (lait) vient apaiser la tension du besoin physiologique que l'organe manifeste (la morsure dans le ventre que représente la faim chez le nourrisson et qui le fait hurler car il ne comprend pas ce qui lui arrive). Il en résulte une satisfaction qui, à l'inverse de l'apaisement procuré par l'objet électif et dont il ne restera pas trace, s'inscrit, elle, comme attente ou appel du retour d'un impossible "même". Ainsi le sein ou le biberon viennent-ils apaiser la faim-soif du nourrisson, mais ce qui reste, c'est la trace de la satisfaction qui va persister comme appel, avant même que la faim ne renaisse, et qui s'ajoutera désormais comme attente distincte, à l'exigence renouvelée du besoin* »[3].

À ce stade, l'Autre surgit (la mère ou le parent nourricier) et devient source de jouissance pour l'enfant. Ce qu'il nous faut saisir dans ce processus c'est que, continûment, dès ces instants fondateurs de la relation, « l'acte de manger » s'inscrit dans une dimension sociale. Par ailleurs, cet « acte » provoque une jouissance chez le nourrisseur : le plaisir qu'ont les parents à voir leur enfant se satisfaire de ce qu'ils proposent. M. Ringenbach précise les éléments de l'échange inconscient entre les protagonistes. « *Au fur et à mesure que l'enfant traverse ces expériences de satiété et jouissance de l'Autre en alternance avec l'expérience du manque, il ne prend pas tant "conscience" (c'est trop tôt) mais prend "expérience" que ce moment du nourrissage est un moment où il comble l'Autre par le fait même du spectacle qu'il donne à se satisfaire* ». Cette jouissance réciproque se trouve bien résumée dans l'expression : « *une cuillerée pour maman, une cuillerée pour papa* ». Si l'enfant mange, c'est pour satisfaire l'Autre.

M. Ringenbach poursuit : « *D'autant plus quand l'allaitement est au sein car le plaisir physiologique et fantasmatique de la mère ajoute à l'interaction en cours. Ainsi l'enfant mange pour combler l'Autre. Son manque et le manque de l'Autre se confondent. Bref, il mange pour combler le manque de l'Autre dont il n'est pas encore bien dissocié. Ce*

---

1 Fischler C. *Op cit*. p. 100.

2 Harper L.-V., Sanders K.-M. (1975). "The effect of adults'eating on young children's acceptance of unfamiliar foods*"*. *Journal of experimental child psychology* (20) : 215-225.

3 Ringenbach M. *Op. cit*.

mécanisme consistant à combler le manque de l'Autre en mangeant est sans fin, sans faim parfois. Nous comprenons mieux en envisageant les choses ainsi qu'il existe des anorexies du nourrisson et des surpoids très précoces ».

Nous saisissons plus clairement comment un enfant obèse peut être le symptôme de l'impossibilité d'une mère à combler son propre manque : « *L'enfant est convoqué à combler sa mère en lui donnant le spectacle renouvelé de son propre comblement* »[1]. En clinique médicale, cela invite le médecin à demander à une personne obèse quelle était la relation entretenue par sa mère à son nourrissage, et à la nourriture de façon plus générale. La compréhension fine des mécanismes de la prise alimentaire chez le sujet est un élément majeur de la prise en charge thérapeutique du médecin dans l'obésité. Au-delà, nous pouvons nous interroger sur ce qui est dit entre l'enfant qui demande et le parent qui lui répond. Si le parent refuse, une friandise par exemple, mais que ce refus est « parlé », expliqué, l'enfant se trouve en capacité de dépasser la frustration de la satisfaction orale immédiate au bénéfice de l'intérêt aimant que le parent lui témoigne. Le manque est comblé par une autre substance que la nourriture.

« *C'est le parent qui, par la parole, parlant à son enfant de ce qu'il voudrait, mais qui ne lui donne pas, lui médiatise l'absence d'un objet ou la non-satisfaction d'une demande de plaisir partiel, tout en valorisant, par le fait même de ce qu'il en parle, donc le reconnaît comme valable, ce désir qui se trouve limité dans sa satisfaction* »[2].

Comment s'articule alors cette permanence à vouloir/devoir jouir par et dans l'oralité et les phases de jeûne qui structurent progressivement la prise alimentaire ?

« *Pour se passer de manger constamment, c'est-à-dire se passer de faire jouir l'Autre constamment par le spectacle du nourrissage et de sa satisfaction, il faut pouvoir être pris suffisamment dans le langage et avoir des objets substitutifs. Ces objets substitutifs auront toujours à voir avec l'Autre* »[3].

Il s'opère un déplacement vers d'autres centres d'intérêts qui viendront détourner l'enfant de ce seul atout de satisfaire l'Autre. Les progrès dans la motricité, la maîtrise progressive du lexique et du langage, les habiletés diverses, les centres d'intérêts qui requièrent attention sont autant de diversifications qui capteront la satisfaction parentale.

« *Je m'intéresse au cirque, à la nature, aux animaux, aux collections de timbres, etc., parce que j'ai repéré que l'Autre y a marqué un intérêt dont je me saisis pour le faire jouir. Ainsi fonctionne les comportements humains courants. Cela assure une variété d'intérêts qui viennent en lieu et place de la toute première expérience de jouissance, l'expérience*

1 *Ibid*.

2 *Ibid*.

3 *Ibid*.

de l'oralité (...). Qu'un parent soit capable de laisser son enfant manquer un minimum est le plus beau cadeau qu'il puisse lui faire (...). Laisser l'enfant manquer demande au parent une confiance dans son rôle parental et une absence d'attente narcissique à l'endroit de l'enfant. »[1]

Ceci revient à dire que l'enfant dans ses apprentissages alimentaires n'y trouve pas qu'une satisfaction au signal d'une faim physiologique, ce qui relève des besoins de son organisme, mais aussi il acquiert sa place au sein de sa communauté dans un espace qui l'accueille et le reconnaît. Le corps trouve alors sa dimension sociale par les pratiques alimentaires, les ritualisations, les gestuelles, la fantasmatique sociale, et le langage qui les accompagne. La construction sociale du corps qui « mange » se parfait d'une dimension inconsciente du sujet en relation avec la jouissance de l'Autre.

La construction sociale du corps obèse procède de déterminants culturels élargis, qui dépassent le cadre étroit de la relation parentale nourricière. L'enfant se trouve confronté à l'approbation ou au désaveu centrifuge de groupes de plus en plus éloignés du noyau familial : la famille, le voisinage, les amis, les institutions infantiles, le médecin de l'enfant, puis l'école et la société plus largement. Les témoignages des personnes obèses sont concordants lorsqu'il s'agit de repérer quand les premières stigmatisations de leur obésité sont apparues pour autant que leur poids ait été déjà hors-norme dans la petite enfance. La famille est source de protection, voire de partage d'une même corpulence élevée (comme nous l'avons vu dans l'approche sur le corps symbolique). Parfois, l'enfant en surpoids pointe le changement d'attitude parentale à partir du moment où il se trouve exposé dans un cercle social plus élargi à un âge où les effets de maîtrise auraient dû être à l'œuvre. La petite enfance passée, la source de plaisir à se montrer comme de bons parents nourriciers se tarit. Les valeurs communautaires s'imposent et l'enfant, comme sa famille, doivent affronter la réprobation explicite par le discours, ou implicite par le regard.

Ce que l'enfant aurait « dû » acquérir, c'est la tempérance alimentaire en conformité au modèle social dominant. Pour ne pas l'avoir fait, il devient la cible de la réprobation sociale et favorise sa stigmatisation. L'enfant qu'il était ne lui conférait aucune impunité au prétexte de son âge, les impératifs jouent pour tous après un moment de neutralité protectrice jusqu'à l'école, moment symbolique de socialisation.

b) Faire « son corps » à la mesure de son expérience sociale

« *L'homme fait le monde à la mesure de son expérience. Il le transforme en un tissu familier et cohérent, disponible à son action et perméable à sa compréhension. Émetteur*

1 *Ibid*.

ou récepteur, le corps produit continuellement du sens, il insère ainsi l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné »[1].

L'homme n'a pas une connaissance intrinsèque du monde, il la construit à partir de ses représentations. Il en est du corps comme de tout autre objet.

Le corps se forme, se déforme, se réforme, se conforme, confronté qu'il se trouve à des systèmes complexes de valeurs qui touchent au genre, à l'hygiène, à la santé, à l'apparence et l'esthétique, au travail, et beaucoup d'autres encore. Il est devenu au cours du temps l'ambassadeur principal de la relation à l'autre par le paraître, et l'objet de soins permanents et le moteur de nombre d'exigences personnelles. Si l'individu en est un acteur, il en est aussi l'objet pour faire siennes les valeurs communautaires.

La tradition du « gavage » en Mauritanie éclaire la manière dont une communauté impose ses marques à certains de ses membres. Bien qu'interdit, le gavage des petites filles perdure dans certaines ethnies mauritaniennes. Les fillettes sont contraintes à boire chaque jour des litres de lait de chamelle enrichi de beurre. Un proverbe du groupe ethnique maure de Mauritanie affirme : « *La femme occupe dans le cœur de son homme l'espace qu'elle occupe dans son lit* »[2].

Pour Mey Mint, femme mauritanienne de 50 ans, le gavage a commencé à quatre ans. Quand elle vomissait ou refusait d'avaler, on la frappait. La tradition perd de sa vigueur : seule une femme sur dix âgée de moins de 19 ans a été gavée, contre un tiers de celles ayant 40 ans et plus, selon une enquête réalisée en 2001 par l'Institut national de la statistique. Tournant le dos à la brutalité du gavage traditionnel, les femmes qui veulent grossir se replient désormais sur les pilules (stimulant de l'appétit l'anactine, stéroïdes animaux). Le gouvernement s'est élevé contre la tradition du gavage des femmes. Les préférences érotiques des hommes participent de cette tradition. Même si elle se pratique moins, le désir des hommes pour des femmes corpulentes se maintient[3].

Dans cette pratique, si le corps réel, le corps de chair, est engraissé, c'est pour satisfaire une image corporelle chargée de connotations esthétiques et sexuelles, mais aussi symboliques comme propices à la maternité. Il s'agit d'une construction traditionnelle fantasmatique puisque la science nous dit que l'obésité est source d'hypofertilité, au même titre que la trop grande maigreur[4]. Cette tradition tend à s'éteindre, non pas tant

---

1 Le Breton D. (2008). *Op. cit*. p. 18.

2 Le gavage des femmes en Mauritanie. 10 mars 2011. lencrenoir.com. http://lencrenoir.com/le-gavage-des-femmes-en-mauritanie/ consulté en août 2014.

3 En Arabie saoudite, 44 % des femmes de plus de 30 ans sont obèses, tous comme le tiers des femmes adultes en Égypte, au Bahreïn et au Koweït, selon l'*International Obesity Task Force*, basée à Londres. In *Le gavage des femmes en Mauritanie*. *Op. cit*. p. 1.

4 Pesant M.-H.,Wunder D., Pralong F., Giusti V. (2010) « Obésité et fertilité ne font pas bon ménage ». *Rev. Med. Suisse* 2010; 6:662-665.

par l'influence du modèle occidental, que par un double phénomène à la fois d'évolution vestimentaire chez la femme à partir du cinéma indien et le port du sari, et de l'école qui rend incompatible la sédentarité obligée de ces fillettes gavées et la vie sociale de la scolarisation[1]. Cet exemple montre combien le corps anatomique, le morphotype, peut être, en quelque sorte, sculpté afin de répondre à des exigences symboliques d'ordre culturel. L'obésité voulue, prédéterminée, est le produit d'un désir collectif qui l'emporte sur toute émergence de celui du sujet, si toutefois ce dernier n'adhérerait pas à une tradition qu'il peut, par ailleurs, faire sienne. À ce propos, C. Lévi-Strauss, soulignant la préoccupation anthropologique moderne de M. Mauss pour les effets des sociétés sur l'individu, écrit : *« Chaque société impose à l'individu un usage rigoureusement déterminé de son corps (…). Cette recherche de la projection du social sur l'individuel doit fouiller au plus profond des usages et des conduites ; dans ce domaine, il n'y a rien de futile, rien de gratuit, rien de superflu* »[2].

C. Lévi-Strauss s'interroge sur le travail des ethnologues quant au fait de se « *pencher sur certaines disciplines corporelles, mais seulement dans la mesure où ils espéraient élucider ainsi les mécanismes par lequel le groupe modèle les individus à son image* »[3].

À la lumière de ces remarques, comment peut-on approcher ce processus de contrainte sociale sur le corps des obèses ? Nous percevons combien peut être doublement sanctionnant le fait d'avoir un corps hors-norme puisqu'il prête, d'une part, à la possible culpabilité de n'avoir pas réussi à se conformer à l'injonction sociale de la minceur et, d'autre part, au deuil qu'il convient de faire de ne pas avoir atteint cet idéal. Dès 1924, M. Mauss signifiait aux psychologues que la vie sociale est « *un monde de rapports symboliques* » et C. Lévi-Strauss de le citer à ce propos : « *Tandis que vous saisissez ces cas de symbolisme qu'assez rarement et souvent dans des séries de faits anormaux, nous (les ethnologues) nous en saisissons d'une façon constante de très nombreux, et dans des séries immenses de faits normaux* »[4].

En conséquence, doit-on considérer le corps des obèses comme un fait anormal relevant de la pathologie et donc de la médecine, ou bien est-ce l'expression d'une variabilité sociale de la corpulence, et à ce titre la mise en jeu symbolique de ces corps gros, si elle est singulière, ne diffère pas de celle des personnes ayant une corpulence dans la norme ? La médicalisation de l'obésité semble avoir tranché, non pas tant pour l'obésité en tant

---

1 Tauzin A. (2006). « Le corps féminin et ses transformations dans la société maure de Mauritanie : influences exogènes et évolutions internes » in *Médias visuels et femmes en Afrique de l'Ouest*, sous la direction de Werner J. F, Paris, éd. L'Harmattan.

2 Mauss M., Lévi-Strauss C. (1950). *Op. cit*. p. XI.

3 *Ibid*. p. XII.

4 *Ibid*. p. XV.

que telle, mais pour ses conséquences pathologiques. Si ce n'était pas le cas, quelle serait la légitimité de la médecine à s'en préoccuper ?

Toujours dans la veine de cette interrogation sur le normal et le pathologique, et la place qu'occuperait les individus marginaux – si tant est que 14 % d'obèses dans une population soit marginale –, C. Lévi-Strauss avance : « *Dans toute société donc, il serait inévitable qu'un pourcentage (d'ailleurs variable) d'individus se trouvent placés, si l'on peut dire, hors système ou entre deux ou plusieurs systèmes irréductibles* ». Il poursuit, et cela nous intéresse au plus haut point concernant notre question : « *À ceux-là, le groupe demande, et même impose, de figurer certaines formes de compromis irréalisables sur le plan collectif, de feindre des transitions imaginaires, d'incarner des synthèses incompatibles. Dans ces conduites en apparence aberrantes, les "malades" ne font que transmettre un état du groupe et rendre manifeste telle ou telle de ses constantes. Leur position périphérique par rapport à un système local n'empêche pas qu'au même titre que lui, ils ne soient partie intégrante du système total* »[1].

En conséquence, il existe une complémentarité qui garantie la cohérence du tout. Nous comprenons mieux comment les sujets obèses sont à la fois à l'orée d'une hégémonie du corps « normal », qu'ils frôlent sans l'atteindre par définition puisqu'ils sont hors-norme, et pris dans la totalité du système de la norme puisque celle-ci, nous l'avons vu, se définit par exclusion des valeurs extrêmes de l'IMC (maigreur et obésité). À penser la problématique au niveau de l'individu, le médecin se trouve en position de médiateur afin d'inciter les sujets marginaux (les obèses) à tendre vers la norme, non pas toujours au seul bénéfice de leur santé (norme biologique), car toutes les obésités ne sont pas menaçantes, mais bien aussi au motif de réintégrer la norme sociale.

1 *Ibid*. p. XX.

Partie II

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CORPS OBÈSE À L'ŒUVRE DANS LA CLINIQUE MÉDICALE

Chapitre 1
L'obésité comme maladie

Les manuels de médecine tiennent pour acquis que l'obésité est une maladie[1]. Mais nous savons que « *les notions même de maladie et de santé ne sont pas réductibles aux causes biologiques, et comportent une forte dimension sociale et symbolique* »[2]. Alors les médecins débordent-ils le seul fait biologique de la maladie ?

Si l'obésité se traduit par une souffrance, la nature et l'intensité en sont variables : « *De nature physique, l'expression de cette souffrance est le plus souvent proportionnelle au degré de surpoids. Le handicap qui en résulte s'exprimera par la sémiologie et le retentissement fonctionnel. S'il existe des altérations métaboliques liées à l'obésité, elles contribuent habituellement à ce que la demande de soins (perte de poids) émane du praticien par l'inquiétude qu'elles suscitent chez lui plutôt que de la personne qui en souffre. L'absence de symptôme explique en partie cette distorsion des préoccupations entre le patient et son médecin. De nature psychique, l'expression de la souffrance n'est pas nécessairement proportionnelle à la sévérité de l'obésité.* »[3]

À quelles souffrances les personnes obèses sont-elles confrontées ? Quels discours s'organisent autour de ce concept ? Quand considère-t-on que l'on est malade : à compter des premiers symptômes, lorsqu'on imagine que cela va arriver, lorsque les médecins le disent ?

A. Vivre l'obésité : entre imaginaire et réalité

Si je suis obèse, suis-je malade ? Cette complexion particulière de mon corps est-elle douloureuse ? Les témoignages à ce sujet sont d'une grande variété. Doit-on considérer, comme J. Boucher, que « *l'obésité est un processus de destruction. Tous les obèses en ont conscience* »[4] ?

Une patiente de 58 ans ayant perdu 28 kg après un suivi médical le reconnaît :

- *(F51)* C'est une vraie maladie, il faut aller vers du personnel compétent et être prête dans sa tête à faire des efforts.

1 HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Septembre 2011.1.878.

2 Detrez C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris, coll. « Points Essais », éd. du Seuil, p. 136.

3 Baclet N, Cornet P, Douilly V et al. (2002). *Obésité. Accompagner pour soigner*. Paris, coll. « Conduites », éd. Doin.

4 Boucher J. (2009). *La grosse. Témoin de vie*. Paris, coll. « Pratique », éd. Hachette, p. 80.

L'idée du bon moment pour entreprendre une démarche de soin se rencontre fréquemment au cours des entretiens. L'obésité comme maladie est une évidence pour cette femme de 52 ans qui a commencé à prendre du poids au cours de l'adolescence :

- *(F53)* J'ai été hospitalisée quand j'étais adolescente pour dépression et après j'ai été plusieurs fois en clinique diététique. C'est vraiment une maladie.

Jusqu'où parvient-on à supporter sa prise de poids ? Une patiente de 35 ans souligne la pénibilité de l'obésité par la répétition de « douloureux » :

- *(F19)* Bah, c'est douloureux, c'est douloureux, c'est assez douloureux, enfin ça peut me rendre triste.

À l'inverse, une autre patiente déclare :

- *(F20)* Je le vis très, très bien parce que j'ai toujours été comme ça… Je suis arrivée à un moment à 144 kg et là je me suis pas inquiétée du poids, je me suis dit, ça va s'arrêter où ?

La tolérance au grossissement fait entrevoir la limite de ce qui pourra être supporté. Si la question de la norme est posée (combien ?), celle de la limite l'est aussi (jusqu'où ?). Variabilité des poids, mais encore variabilité de l'acceptable selon les sujets. Chaque histoire est singulière, et c'est pour cela que les frontières du supportable sont diverses. Plus que l'obésité, ce sont ses complications qui sont associées à l'idée de maladie. À la question d'associer obésité et maladie une femme de 38 ans répond :

- *(F52)* Non, non, ça peut occasionner des complications, mais ce n'est pas une maladie d'être gros.

Si ce n'est pas une maladie ; peut-on parler de handicap, de fardeau ? La réponse prend des allures d'inventaire à la Prévert, mêlant douleurs et gêne fonctionnelle : « *Le poids fatigue, les gestes se font au ralenti, marcher demande un effort considérable. Des chevilles jusqu'au cou, le corps tout entier peine à chaque mouvement. (…) Lacer ses chaussures, s'asseoir sur une chaise, mettre des collants ou des chaussettes, se laver, les WC, la ceinture de sécurité, faire l'amour, manger, marcher, douleurs, dormir*… »[1]

En comparant les risques de la chirurgie bariatrique aux risques de l'obésité, dans une perspective plus relativiste, une patiente avance :

- *(F4)* Il y a plus de risques à rester comme ça, parce que ça va finir avec du diabète, parce que ça peut finir avec un cancer du colon, du sein, je sais pas quoi. Plus de l'arthrose, plus les genoux qui pètent, voilà la belle vie quoi ! *(rire). Sa parole est renforcée, lors d'une consultation, par son gynécologue :* « Si ça continue, ça va devenir galère. »

1 Boucher J. *Op. cit*. p. 74-76.

Les gênes physiques les plus citées sont l'essoufflement, même pour des efforts minimes :

- *(F42)* Je suis essoufflée, hein ! Quand on est forte, vous montez deux ou trois étages et vous arrêtez plusieurs fois. Je suais, vous aviez l'impression que c'était un robinet qui était au-dessus de moi, sans arrêt les sueurs.

« *Essoufflée dès les premiers pas, vous arrivez en haut exténuée, le cœur en surrégime, des douleurs dans les genoux et le dos en compote. Alors, mais ne serait-ce que pour monter un escalier, je rêve d'être mince* ». [1]

Et, avec la dyspnée, ce sont les douleurs diverses qui sont les gênes les plus fréquemment alléguées :

- *(F4*) Là en fait je me rends compte qu'il y a des inconvénients de la vie de tous les jours, et il y a ce que je risque après, même si pour l'instant je le mesure pas, j'arrive pas à anticiper. Mais voilà, c'est le fait que ma fille court dans la rue, je suis incapable de la rattraper. C'est le fait que je reste une demi-heure debout, j'ai les genoux qui n'en peuvent plus.
- *(F1)* Ces derniers temps avec le souffle, j'avais du mal à rester debout, à faire beaucoup de choses, alors des fois je bâclais.
- *(H1)* Je marche un petit peu, mais pas beaucoup parce que j'ai mal aux genoux, j'ai mal aux pieds.
- *(F43)* Je souffre du surpoids. Pour donner un exemple, je me baladais en forêt, j'ai sauté d'un rocher de 60 cm, je me suis récupérée sur une seule jambe et j'ai éprouvé une douleur. Je ne sais pas si c'est musculaire ou le tendon, mais c'est le surpoids. Il y a des signes. Un temps, j'avais mal aux genoux, (…) c'était le surpoids, c'est sûr.

Le genou arthrosique est l'articulation qui limite le plus la déambulation des patients atteints. Lorsque son mari est décédé, F Dolto a consulté pour une pathologie du genou. Elle n'a pas manqué d'en saisir le signifiant en contant son histoire de douleur au « je/nous ». La pathologie entraîne une réduction progressive de l'espace à parcourir ayant pour conséquence une limitation des échanges sociaux. Et si, pour F. Dolto, le « nous » désignait l'autre, le « je/nous » pourrait s'appliquer à la relation de l'individu aux autres.

- (H5) (Si la montée des marches) est une chose qui n'est pas très agréable pour moi, maintenant, parce qu'en plus je m'essouffle. *Mais le patient précise avec fatalisme :* « Ça fait partie des limites progressives que la vie impose que l'on soit maigre ou gros de toutes façons. »
- *(H11)* J'ai mal aux articulations des genoux, (…) je mets ça sur le compte de l'âge plutôt que du poids.

L'âge est bien souvent avancé comme explication aux symptômes les plus bruyants. De fait, les personnes qui souffrent d'obésité voient le niveau de performance de leurs organes diminuer plus rapidement que les autres sujets. Ceci est vrai pour les articulations

1 Boucher J. *Op. cit*. p. 74.

des membres inférieurs, les fonctions cardiaque ou respiratoire, et de façon insensible la prévalence plus élevée de l'hypertension artérielle et du diabète. Afin de lutter contre les préjugés – d'où ce rapprochement possible avec le vieillesse –, les gériatres affirment régulièrement que l'âge (la vieillesse) n'est pas une maladie. Au même titre que la maladie, la vieillesse relève d'une construction sociale. « *La vieillesse se construit sur une réalité qui comprend des éléments d'ordre biologique, (…) mais aussi sur un imaginaire culturel de représentations* »[1]. Ce rapprochement n'est pas fortuit quant il s'agit, comme nous le verrons, de considérer l'obésité comme une forme de déchéance. Cette représentation de la déchéance pour la vieillesse a conduit à l'escamotage du terme « vieux » au bénéfice de « personne âgée », voire de « senior ». J. Trincaz rappelle que « *l'une des premières chartes relatives aux droits et libertés des personnes âgées énonçait en préambule : "la personne âgée est une personne" : fallait-il q*u*'on l'ait oublié pour être obligé de le rappeler ?* »[2] Dans la vieillesse comme dans l'obésité, il s'agit de poser la question du sujet dans la plénitude de son être. Aux extrêmes du poids et de l'âge se pose la question de la dépendance et de son corollaire : l'assistanat. De façon plus générale, l'âge est une des explications les plus communément avancées par les patients pour expliquer leurs maladies. La confusion s'instaure entre le risque statistique d'être malade en vieillissant et l'âge comme cause de la maladie.

L'importance de l'obésité et son ancienneté sont des déterminants majeurs des complications physiques de l'obésité. À la question de savoir comment ils vivent leur excès de poids, certains patients répondent qu'ils n'ont pas de souci, qu'ils n'ont pas de problème, malgré une certaine inquiétude qui pointe dans les réponses ou les rires parfois gênés. Devraient-ils s'en soucier ? L'absence de symptôme est une des difficultés rencontrées par les patients : comment se figurer une maladie qui ne se manifeste pas ? Dans ce cas, la maladie relève de la spéculation, comme pour l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2 dans les premières années. Comment mentaliser une maladie sans symptôme ? L'obésité se voit, mais peut ne pas se ressentir. Le symptôme, l'émergence d'une complication sont les éléments qui permettent de se figurer l'obésité comme une maladie :

- *(F42)* Je ne m'occupais pas non plus de mon poids, ce n'était pas une grosse alerte pour moi. Il n'y avait pas la prise de conscience. Le diabète vers l'âge de 29 ans, je me suis dit : là il y a un problème.

Lorsque la prise de conscience se fait de la nécessité du soin, alors les motivations et les craintes sont tout autres. « *Quand un obèse décide de s'engager dans un processus de perte de poids, (…) il maigrit pour recouvrer la santé, pour réduire les risques de mala-*

1 Trincaz J. (2011). *Le vieillissement, défis et chances : une révolution*. Agora. MGEN. p. 19

2 *Ibid*. p. 20.

dies cardio-vasculaires, reprendre son souffle. Le régime prend pour lui des allures de protocole médical »[1].

Si l'obésité est une maladie, de quelle maladie parle-t-on ? Une femme de 39 ans, mère de trois enfants, qui déplore le regard des autres, en fait une approche très personnelle :

- *(F42)* Les gens ne savent pas que l'obésité c'est une maladie. (…) Personne n'a le poids que je porte ! Mais vous portez un poids qui est là, physiquement un poids, dans votre cœur il y a un poids, dans votre tête il y a un poids, sur vos épaules il y a un poids, et ça personne ne peut le porter à votre place. C'est un poids plus grand qu'une montagne.

Depuis peu, s'est forgé le concept de fardeau à propos des maladies chroniques. Au cours des entretiens avec les patients, la métaphore de la montagne apparaît souvent pour témoigner du poids et de la pénibilité de la vie quotidienne. Quels ajustements journaliers l'obésité nécessite-t-elle ? Quelles sont les exigences de réaménagement de son temps, de son espace, de ses relations lorsque la maladie chronique s'impose à une personne ? Ce témoignage en est une illustration à propos de l'obésité. Le poids, le poids, le poids, le fardeau n'épargne ni le corps, ni le cœur, ni la tête. Il existe un envahissement de l'être qui voit son univers se réduire progressivement à sa maladie. La fonction et le discours du médecin seraient là pour l'en protéger, mais il n'est pas rare que le médecin, lui aussi, n'appréhende le patient que comme un sujet réduit à sa maladie, par exemple « le diabétique » ; la maladie devient une identité pour le sujet.

Alors maladie ou non ? Le lien peut être ténu :

- *(F2)* Je me dis que le poids c'est pas bon.

De là à la maladie, le pas n'est pas franchi. Pour certains patients, le lien entre obésité et pathologie n'est pas évident :

- *(H12)* J'ai un peu de tension, mais sous traitement elle est normale, et j'ai un cholestérol et le taux de sucre qui est à la limite de la normale, sinon, non ça va, j'ai un peu de douleurs dans le dos aussi. (…) Après ce n'est pas une maladie d'être gros !
- *(H4)* Je suis diabétique donc, quand je mange quelque chose qui n'est pas bon, on le sent tout de suite.

Mais la plupart font bien un lien entre l'obésité et la maladie :

- *(H1)* Pour moi le poids c'est une maladie qui est problème (…) Le cœur ça va, la tension ça va. Après peut-être commencer le cœur, commencer aussi la tension.
- *(H2)* Ça m'insupporte, je suis malade.
- *(F5)* Je n'ai pas non plus envie de mourir à 45 ans.

1 Boucher J. *Op.cit*. p. 90.

Si l'obésité n'est pas unanimement perçue par les patients comme une maladie, elle n'est pas niée, mais le sentiment de menace est variable. Tout juste peut-on parler d'une situation à risque. Il existe, dans les entretiens avec les patients, un effet de va-et-vient entre une simple complexion et l'évocation d'une maladie mortelle. Les entretiens avec les médecins donnent un éclairage nettement différent.

B. Les médecins et la maladie obésité

À la question de qualifier l'obésité comme maladie, que disent les médecins ? Si l'un d'entre eux, après une longue inspiration, considère que l'obésité n'est pas une maladie, et pour un autre qu'elle n'est qu'un facteur de risque, la grande majorité la considère comme une maladie à part entière.

- *(MH2)* Je la vois dans le problème médical en fait, pour plus tard, c'est pour eux, en me disant que vraiment ça va leur poser des tas de soucis… euh, de santé…
- *(MH3)* Ils sont victimes de leur masse trop importante, ils vont avoir des soucis.
- *(MH7)* Une pathologie quand même avant tout quoi, une pathologie.
- *(MH6)* Ah ! bien sûr, l'obésité c'est une maladie, la graisse c'est une glande endocrine.

Même s'il qualifie l'obésité de maladie endocrine, ce médecin considère que les patients obèses ont mangé « *comme des chancres* ». « *Alors les hormones je veux bien, mais elles ont bon dos les hormones. "Ce n'est pas ma faute, c'est mes hormones !"* »

Les complications sont au premier rang des préoccupations des médecins. D'abord métaboliques par le diabète et l'hypercholestérolémie, puis cardiovasculaires et articulaires :

- *(MF5)* Ils viennent me voir plus pour des histoires d'arthrose, de douleurs, les genoux, machin, etc. Plus pour ce qu'il y a dans la tête aussi.
- *(MH22)* J'en ai un (patient) qui avait bien grossi, et à 35 ans il s'est aperçu qu'il était vraiment en gros surpoids, il était tout essoufflé pour marcher et ça n'allait pas. On a fait une prise de sang et il y avait du cholestérol, ça lui a fait peur car son père avait de l'artérite.

Ils constatent, voire anticipent, les conséquences de l'obésité des patients :

- *(MF2)* Ils ont une hypertension, ils ont un diabète, une hypercholestérolémie, le plus souvent. Rares sont ceux qui sont obèses et voilà.
- *(MH23)* Qu'il y a des problèmes ostéo-articulaires, des problèmes d'hypertension, des problèmes de facteurs de risque cardio-vasculaire. Il n'y a pas de choses spécifiques sauf quelques cas.

- *(MH12)* On trouve facilement des syndromes métaboliques et diabète, cholestérol. Ce sont les situations les plus fréquentes. *(À propos du suivi de ces patients)* Alors si c'est dans un cadre, s'il y a une pathologie avérée associée, on les suit longtemps, c'est pendant des années et des années.

La catégorisation du risque peut s'organiser autour du poids :

- *(MH5)* Après 33 ans d'expérience, tu t'aperçois, et je dis toujours, les minces qui vieillissent minces, ils sont en bonne santé, et ceux qui sont gros, ils ont tous les problèmes que ce soit arthrosiques, cardiovasculaires, etc.

Pour les médecins, il ne fait pas bon être obèse. L'un d'eux, rodé aux urgences, en a une vision catastrophique, quasi apocalyptique, et tient ce discours à un patient jeune et obèse en lui prédisant :

- *(MH3)* Des problèmes de santé énormes, le cœur, problèmes urologiques, les membres, tout ça c'est des complications assez importantes, pour le diabète, pour la tension, pour l'obésité elle-même, la consommation au niveau des articulations, vous allez être opéré à l'âge de 50 ans de prothèses.

Un autre médecin prédit aux patients obèses un avenir tout aussi sombre :

- *(MH24)* Je leur dis qu'ils ont deux solutions : ou continuer d'avoir mal (en référence aux douleurs articulaires) s'ils ne font rien, ou prendre des médicaments, sachant que s'ils prennent des médicaments ça sera à vie car une fois qu'on a cent kilos de trop sur un genou, ce sont les médicaments ou la prothèse.

La perspective de l'obésité peut être pire encore :

- *(MH5)* Les gros, ils meurent, et c'est vrai que les gros meurent plus vite que les minces.

Il existe une dichotomie de la pensée médicale, la condamnation à la pathologie chronique ou la rédemption par la perte de poids. Cette vision alternative n'est pas sans conséquence sur la mise en place des processus de soins par les médecins. Le médecin, par essence, est investi d'une mission de soin, pour autant il se doit d'intégrer pour l'accomplir trois autres forces, alliées ou adverses selon les cas, le patient, la maladie obésité, et les politiques publiques en matière de nutrition. Nous verrons plus loin comment ils se positionnent dans ce dispositif.

Il n'est pas surprenant de constater que dans leur majorité et *a contrario* des patients, ils considèrent l'obésité comme une maladie. Les éléments scientifiques actuels montrent la corrélation entre l'excès pondéral sous forme de graisse et un certain nombre de comorbidités associées (hypertension artérielle, diabète, cancers du colon, du sein, de la prostate, insuffisance cardiaque et respiratoire, arthrose des genoux, etc.). Il n'est pas plus surprenant que ces mêmes médecins se trouvent interpellés sachant qu'une de leurs

missions les inscrit dans une perspective plus large que la thérapeutique de la maladie : mission de prévention et de santé publique.

Reconnaître une maladie, c'est non seulement la définir médicalement, mais aussi socialement. Dans l'un et l'autre cas, nous pouvons en dégager une structure de construction : les symptômes et les éléments syndromiques dans un cas, et les perceptions et représentations sociales, dans l'autre.

Chapitre 2
L'obésité et les modèles anthropologiques

Dans *Anthropologie de la maladie*, F. Laplantine décrit des modèles étiologiques et thérapeutiques de la maladie[1]. Ce travail va nous permettre d'éclairer la question du statut de « l'obèse » dans un système complexe de représentations étiologiques de la maladie. Est-il coupable ou bien victime de son obésité ? La construction sociale de la maladie invite à considérer qu'elle prend un sens collectif et individuel. Le processus est du registre du symbolique et renvoie à la question récurrente de la responsabilité du malade, mais aussi de sa famille dans l'émergence de la maladie ou bien d'un *fatum.* Victime ou coupable, telle est la question qui se pose. Pour J. Trincaz : « *Le malade – ou son entourage immédiat – coupable, élu ou victime, est ainsi la plupart du temps directement mis en cause par la maladie* »[2]. Il est fréquent qu'un patient, devant l'adversité de l'annonce d'une maladie grave, se pose la question de la faute ou du châtiment : « *Pourquoi moi ?* » ou « *Qu'ai-je fait ?* » Ces interrogations sont en prise directe avec la question du sens de la maladie. Il est difficile de penser la maladie sans causalité. Elle peut être, pour le plus simple, d'ordre biologique et, de façon plus complexe; d'ordre symbolique et sociale.

En ce qui concerne l'obésité, c'est davantage l'interrogation sociale qui souligne la question de la responsabilité : « *Comment peut-on en arriver là ?* », sous-entendu se laisser aller jusque-là. La conséquence de ce jugement peut être une contrition sur le mode : « *L'obésité est une faute, même quand on a tout essayé pour s'en libérer* »[3]. Faire reste insuffisant, c'est réussir qui est l'objectif.

F. Laplantine permet d'approcher cette question de la responsabilité à travers ses propositions de modèles de la maladie. Des oppositions conceptuelles de type : nature/culture, nature/médicaments, génétique/comportement, volonté/passivité, désir/indifférence vont générer des éléments de réponse. Ils reposent en partie sur les seules représentations suscitées par l'obésité et les personnes qui en souffrent, ils échappent largement aux données actuelles de la science médicale.

Le modèle est une construction théorique à caractère opératoire, c'est-à-dire « *des hypothèses de la recherche élaborées à partir d'une rupture épistémologique par rapport à ce qui est vécu, et qui ne peuvent donc se substituer à la réalité empirique puisqu'elles*

1 Laplantine F. *Op.cit*. Deuxième partie. p. 55-175.

2 Trincaz J. (1981). *Colonisations et Religions en Afrique Noire. L'exemple de Ziguinchor.* Paris, éd. L'Harmattan, p. 223.

3 Cellini M. *Op.cit.* p. 57.

ont précisément pour but de penser cette dernière et en particulier de mettre en évidence ce qu'elle ne dit pas »[1]. Ceci permet de distinguer ce qui relève du vécu des acteurs – les patients obèses et les médecins –, d'une interprétation des discours mise dans une perspective sociale au travers des systèmes de représentations. F. Laplantine, en proposant des couples antithétiques issus d'histoires de la médecine, souligne que l'opposition empirique de la nature et de la culture à propos de la pensée médicale – opposition qui fait advenir la médecine comme « une science » et non plus comme « un art » – a pour but « *d'occulter la relation entre la maladie et le social et d'entretenir l'illusion qui pourrait être définitivement affranchie des représentations de la société dans laquelle elle s'inscrit* »[2].

L'auteur invite à identifier le noyau[3] de signification étiologique et thérapeutique des discours qui émanent tant d'un malade que d'un médecin. Cette approche permet l'exergue des représentations dominantes et relativement invariantes des discours.

Chez F. Laplantine, quatre modèles retiennent l'attention pour expliciter l'obésité : les modèles exogène/endogène et additif/soustractif, pour ce qui relève des étiologies ; les modèles homéopathique/allopathique et, de nouveau, additif/soustractif, pour ce qui a trait à la thérapeutique. La confrontation entre modèles étiologiques et thérapeutiques permet de construire des groupes de modèles qui approchent finement les différents cas de figure de la médecine moderne.

A. Le modèle exogène/endogène

Toute imputation étiologique – qu'elle soit populaire ou savante, spontanée ou théorique – procède d'une oscillation entre une causalité externe et une causalité interne. Ces causalités opposent le « milieu » à « l'individu » : telle est la position initiale de F. Laplantine lorsqu'il aborde la question de ce modèle. L'auteur prend la précaution de considérer cette opposition comme une abstraction qui ne relève pas d'une distinction scientifique, mais d'une précompréhension non scientifique ou d'une dérive dogmatique de la science. Il ajoute qu'on ne trouverait guère en (bio)médecine d'authentiques recherches dans lesquelles la causalité pathologique serait soit totalement du côté du « dehors », soit totalement du côté du « dedans ».

---

1 Laplantine. *Ibid*. p. 38.

2 *Ibid*. p. 40.

3 Concept à rapprocher du modèle d'Abric J.-C. (2007). « La recherche du noyau central et la zone muette des représentations ». *Méthodes d'études des représentations sociales*. Toulouse, éd. Erès, p. 59-80.

Le modèle exogène qui « *commande les représentations qui considèrent que cette dernière (la maladie) est le résultat d'une intervention extérieure (infection microbienne, virus, esprit pathogène, mode de vie malsain). Le second (endogène), en revanche, insiste sur les notions de terrain, d'hérédité, de tempérament, de prédispositions* »[1].

À propos de l'obésité, les médecins appréhendent deux principales composantes étiologiques, l'une liée aux conditions sociales, alimentaires et à l'environnement « obésogène », l'autre à des prédispositions internes essentiellement d'ordre génétique. Ces deux aspects se retrouvent dans le modèle couplé exogène/endogène. Quelle qu'en soit l'origine, une tâche reste en suspens : le soin, car « *définir les causes de cette maladie ne suffit pas à la soigner* »[2]. Telle est pourtant la fonction du médecin. Pourquoi cette condition nécessaire ne serait-elle pas suffisante ? Parce que la question : « *La maladie est-elle autre chose que la somme de ses symptômes et peut-on la comprendre* ? »[3] reste entière.

L'établissement de la relation causale de la maladie expose à un risque « *parfaitement analysé et dénoncé en son temps par Kant à titre d'illusion métaphysique* », celui « *d'interrompre cette quête infinie des causes et des effets – qui est une exigence de la raison scientifique, un principe de mise en ordre du réel – et de poser un élément premier, censé achever la série des conditions et promu au rang de cause ultime* »[4].

Si la maladie répond en partie à ce chaînage des causes, même au risque de l'hypothèse d'une cause ultime, qu'en est-il du malade dans ce mythe d'un savoir absolu ? En tenant compte de ces précautions, nous pouvons dessiner à partir du modèle exogène/endogène une sorte de frontière qui distinguerait les statuts de victime ou de coupable de la personne en obésité. Mais dans cette question de la responsabilité, l'ambivalence joue à plein.

1. Le modèle exogène : ambivalence des discours

Dans ce modèle, la maladie est un accident qui frappe le malade ; l'agent causal, réel ou symbolique, venu de l'extérieur, perturbe l'équilibre interne du patient considéré comme initialement sain. Cette agression peut être naturelle, faisant partie de l'environnement du sujet mais ayant des potentialités délétères. La nourriture peut ainsi être considérée comme un agent pathogène externe. Car, selon les conditions de sa consommation, son usage peut être dangereux. La personne obèse serait en quelque sorte la victime d'une agression extérieure, soit par un aliment maléfique, soit par un comportement induit d'un

1 Laplantine F. *Op. cit*. p. 76.

2 Boucher J. *Op.cit*. p. 136.

3 Thomas J.-P. (2013). *La médecine, nouvelle religion*. Paris, éd. François Bourin, p. 88.

4 *Ibid*. p. 101.

environnement social délétère. À l'inverse, il est possible de considérer qu'elle est responsable, coupable, de s'être laissée grossir alors que d'autres résistent.

a) « L'obèse », victime de la toxicomanie alimentaire ou coupable de ses pulsions

Le discours sur l'addiction se construit sur deux approches antithétiques : l'addiction c'est « plus fort que soi », on en est victime, mais aussi, l'addiction, c'est le piège dans lequel le sujet est tombé pour avoir voulu s'initier, il en porte la responsabilité, mais peut-il s'en sentir coupable ?

La question de la culpabilité trouve quelques-unes de ses racines dans la culture chrétienne. La gourmandise est l'un des sept péchés capitaux et l'usage répété de ce mot au cours des entretiens témoigne du lien signifiant entre se nourrir pour un obèse et la gourmandise. Tout peut être réduit à cette contraction : la nourriture est un péché pour le sujet obèse, « *la tentation ne s'embarrasse pas de déguisement*»[1], les sollicitations sont multiples et permanentes. La personne obèse est représentée comme devant résister à la tentation ; si elle est obèse, c'est qu'elle n'a pas su le faire.

C'est ce que dit Antonin, étudiant en médecine : « *Elle avoue avoir eu la tentation de l'alimentation. (...) La tentation d'avoir beaucoup de choix dans les aliments, ne pas pouvoir résister à toutes ces bonnes choses. Elle est désemparée, elle est obligée d'en prendre, c'est plus fort qu'elle.* »

L'obésité devient sa pénitence : « *Chacun à la maladie qu'il mérite et la maladie ressemble à celui qu'elle a frappé* »[2]. Plus question de victime, on est face à un coupable. La culpabilité naît avec le sentiment d'échec de n'avoir pas réussi à contenir l'interdit librement consenti par le sujet. Pour C. Grangeard, « *le trépied du régime est : privation, frustration et, à terme, transgression* »[3].

La faillite de la volonté trouve son illustration dans cette fracture de l'engagement pris envers soi et l'autre (le médecin)[4].

Tout ceci amènerait à penser l'obésité sans tenir compte de la pulsion. Pour C. Grangeard, « *les pulsions peuvent avoir une telle intensité qu'elles sont difficiles, voire impossibles à maîtriser, dans le domaine de la nourriture comme dans d'autres. La recherche*

---

1 Desarthe A. (2006). *Mangez-moi*. Paris, éd. de l'Olivier, Le Seuil. p. 158.

2 Reverzy J. (1954). « Place des angoisses ». *Œuvres*. Paris, éd. Textes/Flammarion (1977), p. 173.

3 Grangeard C. (2014). *Op. cit*. p. 53.

4 Lauru D. (2014). « Le poids de la culpabilité » in *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris, éd. Albin Michel, p. 144 : « *La culpabilité est souvent au premier plan des plaintes que nous entendons de la part des sujets en surpoids ou obèses que nous recevons pour des demandes de psychothérapie ou d'analyse* ».

de la satisfaction de la pulsion s'impose, au-delà de la raison. Quand ça pulse, quand ça pousse, on ressent physiquement cette nécessité d'assouvir »[1].

La question de la pulsion fait barrage à l'idée commune de la volonté comme outil de résistance à l'ingurgitation jugée assassine. Il suffirait de se conformer à la suffisance alimentaire pour ne pas se laisser déborder. Dans le comportement alimentaire, ce n'est toutefois pas le défaut de volonté qui conduirait les personnes obèses à devenir ce qu'elles sont, pas plus qu'il expliquerait l'impossibilité à entreprendre toute action favorable à la perte de poids.

À propos des patients obèses un médecin considère :

- *(MH1)* Ce sont des gens qui sont des « addicts ». Soit y'en a c'est la drogue, c'est la cigarette, eux c'est la bouffe.

Un autre renchérit :

- *(MH7)* On a l'impression que pour certains il y a un phénomène un peu addictif. (…) Il y a un élément addictif dans la prise alimentaire et que ça aurait pu être autre chose.

À propos des jeunes, un troisième ajoute :

- *(MH15)* C'est un peu méchant ce que je vais dire, mais on vit dans une société de toxicomanes. La définition de toxicomanie c'est « je veux ça maintenant, tout de suite là ! ». On ne diffère pas.

L'analogie avec le tabac ou l'alcool revient souvent dans le discours médical :

- *(MH22)* C'est comme le fumeur qui fume malgré qu'il sache que ça peut lui donner le cancer du poumon et abîmer ses artères ou comme l'alcoolique qui sait aussi que son foie ne va pas tenir.

L'indifférenciation du type de dépendance apporte deux réflexions communes aux toxicomanies, la consommation sans contrôle d'un produit extérieur incorporé et qui apporte à la fois de la satisfaction immédiate par les circuits neuronaux de la récompense (circuits opioïdes) et des pathologies ou des risques cognitifs et comportementaux. Pointe, avec les dépendances, la tyrannie de l'objet comme élément de manque permanent – mais s'agit-il du manque de l'objet proprement dit ou n'en est-il qu'un objet de transition renvoyant à un autre manque ? – et sa quête incessante, ce qui suppose l'absence de contrôle sur le corps qui devient le maître. Cette subordination prend ici des allures de reddition de la volonté face au corps indomptable et indompté.

---

1 Grangeard C. (2012). *Comprendre l'obésité. Une question de personne, un problème de société*. Paris, éd. Albin Michel, p. 26.

b) « L'obèse », victime des aliments maléfiques ou coupable d'y céder

Au-delà de l'aspect quantitatif, lorsque la question de la malbouffe est posée, se profile l'idée d'aliments sataniques issus de dérives alimentaires modernes dont la contrepartie serait l'équilibre alimentaire avec des aliments réputés sains ou naturels.

Le clivage maléfique/bénéfique – modèle également développé par F. Laplantine[1] – fixe une partie des représentations relatives au principe d'incorporation. Si l'aliment est par fonction un apport énergétique élémentaire indispensable au métabolisme, il se situe beaucoup plus largement dans le registre du symbolique et du social. Les croyances à son endroit sont légion et participent tant du discours profane que du discours de la science (conçu comme l'ensemble des savoirs scientifiques aujourd'hui disponibles). Les représentations peuvent se distinguer « *entre les aliments qui sont bons pour soi (saveur, mémoire, douceur) et les aliments édictés comme étant bons en soi (santé, hygiène de vie, amincissement)* »[2]. L'opposition entre *bon pour soi* et *bon en soi* favorise un effet de faille, une instabilité émotionnelle entre ce qu'il conviendrait de faire et ce que le sujet fait réellement, faille pouvant générer un sentiment de culpabilité pour peu que le comportement alimentaire soit jugé déviant par le sujet mangeur. Les injonctions au « bien manger », viennent s'affronter aux choix du mangeur et, pour peu que le sujet soit obèse, de façon encore plus violente puisque l'excès de poids vient inscrire, dans le corps, la gravité de la déviance supposée. L'obésité devient un stigmate dans le regard des autres.

Pour les médecins interrogés, la liste des aliments sataniques est longue pour justifier le statut de coupable du patient en obésité. Un médecin déclare :

- *(MH3)* S'il mange tous les jours des grecs, alors là, c'est mort.

Associer la nourriture à l'idée de la mort donne la mesure du malaise qui s'est installé dans l'esprit du médecin jusqu'à ne plus pouvoir nommer les aliments :

- *(MH3)* C'est la majorité des gens, c'est parce qu'ils font n'importe quoi, pendant la journée ils grignotent pas mal de fois des trucs.

La nourriture devient de façon indifférenciée un « truc », elle relève de l'innommable : « *cochonneries* », « *saloperies* ». L'initiation peut avoir commencé très tôt, faisant porter la responsabilité sur les mères « *toujours un peu folles au départ* ». Un autre confrère témoigne à propos des enfants d'origine africaine :

---

1 Laplantine F. *Op. cit*. chap. IV, p. 115-162. L'auteur aborde de multiples dimensions au-delà de ce que nous retenons pour notre analyse qui se situe dans le champ de l'incorporation.

2 Durif-Bruckert C. (1991). *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*. Ed. A. Colin. p. 24.

- *(MH16)* Les mômes vous les interrogez, effectivement ils ne mangent que de mauvaises choses, que les choses interdites. (…) Maintenant les mômes s'ils n'ont pas de ketchup ou de mayonnaise, ils ne sont pas bien.

C'est surtout la triade sel/graisse/sucre, support de la malbouffe, qui hante les esprits et porte la principale responsabilité de l'obésité :

- *(MH9)* Il y a de plus en plus des gens en surpoids parce qu'on mange de plus en plus salé.
- *(MH2)* C'est en mangeant de plus en plus salé, de plus en plus de trucs surgelés qui sont trop salés. On boit de plus en plus de cochonneries style Coca et Orangina, ça contribue à grossir, à faire grossir (…) et puis il y a ceux qui sont mal nourris habituellement et pas spécialement à cause de la pauvreté, c'est simplement les familles qui ne font pas attention pour eux-mêmes et ne font pas attention aux enfants, ils les nourrissent avec des choses toutes prêtes, les paquets de frites, de chips et trucs.
- *(MH3)* La cause c'est de manger n'importe quoi. (…) Y'en a, ils me disent : « J'aime bien manger des grecs tous les jours ».
- *(MH4)* Ce que j'en pense ? C'est Mac Donald.
- *(MH9)* Le médecin a beau leur dire de manger cinq fruits et légumes par jour, ils vont se goinfrer de gâteaux, ils vont se goinfrer de glace.
- *(MH11)* Quand les patients notent chaque jour ce qu'ils mangent sur un carnet alimentaire, on se rend compte qu'il y a beaucoup de Kinder, des bêtises comme ça.

Il faut rappeler que les préférences alimentaires de enfants vont vers un goût sucré ou des goûts peu prononcés : aliments et boissons sucrées (jus de fruit, sodas, fruits, pâtisseries, glaces et pâte à tartiner chocolatée), céréales, féculents (pommes de terre en purée, frites, riz, pâtes), pain, pizza, biscuits salés et certaines viandes (steak et volaille). À l'inverse, les produits alimentaires aux goûts trop prononcés apparaissent dans la liste que les enfants n'apprécient pas (les abats, la plupart des légumes, surtout les crucifères, les fruits de mer, les fromages forts, les épices, les olives et les oignons)[1].

Les « mauvais choix alimentaires » favoriseraient les troubles du comportement alimentaire. À ce propos, un médecin s'alarme *:*

- *(MH24)* Il y en a beaucoup. Il y en a qui boivent 2 litres de Coca par jour et pour eux c'est normal.

En écho aux propos des médecins, Martha, émigrée de Pologne et installée à Paris, analyse sa prise de poids rapide et importante :

- *(F26)* (Elle a) adoré les nuggets de poulet, les hamburgers, les pizzas surgelées, les frites, les desserts à tous les parfums, les sodas. C'était bon.

---

1 Chiva M., Fischler C. (1986). « Comment apprend-on à manger ? ». *Lieux de l'enfance*. N° 6-7, p. 89-104

La consommation était pour elle l'accès à la diversité, mais surtout à l'abondance alimentaire, en contrepoint de ce qu'elle avait connu dans son pays d'origine qui subissait encore une pénurie alimentaire. Pour elle, le danger est venu de l'extérieur comme un envahisseur sournois, une sorte de cheval de Troie. Les aliments maléfiques peuvent être importés de pays où l'obésité est majeure :

- *(MH23)* Les études américaines ont montré que ceux qui ont un surpoids modéré consomment au minimum un soda par jour, ceux qui ont un surpoids installé deux sodas pas jour et ceux qui sont très obèses en consomment au moins trois par jour.

L'objet coupable est désigné d'autant mieux qu'il n'appartient pas à l'origine à sa culture nutritionnelle. La vision d'un élément étranger venant souiller et perturber l'équilibre alimentaire ancestral est à l'œuvre dans cette représentation néophobe. Une certaine ambivalence se fait jour.

Alors que cette femme était encore adolescente et pesait 67 kg, elle raconte l'enjeu de la dualité, plaire ou manger :

- *(F42)* Quand on est ado on a envie de plaire mais bon, j'étais quelqu'un qui sortait beaucoup, on allait beaucoup au McDo et tout ça… Bon, on dit qu'on mange mais on ne savait pas que c'était de la malbouffe comme on dit.

Une autre patiente tente une démarcation de frontière géographique, mais aussi sociale :

- *(F42)* Quand je vois ces documentaires sur les obèses aux États-Unis, bon que ce soit des gens très modestes qui n'ont pas d'éducation et qui mangent du pop-corn à longueur de journée, ça me fait ricaner et bon, bah ! Moi, ça ne sera pas du pop-corn, ça sera du pâté de faisan ou de gibier mais je n'en parle pas. Voyez, ça déclasse.

– La lutte contre le danger

La représentation d'aliments maléfiques ou sataniques relève d'un raccourci de la pensée mais faciliterait grandement la perspective de soin. Il suffirait de rectifier la consommation de l'aliment incriminé, voire le supprimer, pour rectifier tout ou partie de l'excès pondéral. Cette vision quasi « infectieuse » de la maladie, sans doute fiction opératoire, renvoie à une représentation inconsciente de l'agression extérieure et de la commodité de se figurer la nature du soin à lui opposer. Selon F. Laplantine, elle est rendue possible par l'idée qu'il existe « un être » de la maladie qui fait rupture avec « *la pensée spéculative et son attention portée sur les symptômes de la maladie constituant ainsi une ontologie médicale "savante" en Occident* »[1].

1 Laplantine F. *Op. cit*. p. 55.

Quelle que soit la vision que l'on en a, ce qui est à l'œuvre pour le sujet en obésité c'est une forme de lutte qui le projette au devant la scène face à la décision. « *Que la menace vienne de l'extérieur ou de l'intérieur, son caractère menaçant est lié au risque d'impuissance face au danger présumé… Ces réponses, quelles qu'elles soient, à partir du moment où elles existent, ont un effet positif sur cette image du sujet, parce qu'elles lui donnent le sentiment de redevenir acteur de sa vie, d'échapper à l'impuissance et de renforcer une identité incertaine, voire menacée* »[(1)].

Par ailleurs, l'obésité suscite des métaphores guerrières, métaphores pour lesquelles Baudelaire soulignera le goût : « *De l'amour, de la prédilection des Français pour les métaphores militaires. Toute métaphore ici porte des moustaches… Ces habitudes de métaphores militaires dénotent des esprits non pas militants, mais faites pour la discipline, l'obéissance à des règles, c'est-à-dire pour la conformité*. » [(2).]

Un médecin, pour qui l'obésité n'est pas une maladie, déclare :

- *(MH1)* Je ne vais pas faire la guerre systématiquement aux gens en surpoids ou obèses. (…) On ne va pas se battre avec eux.

En revanche, en cas de risque cardio-vasculaire, il partage le point de vue d'un confrère :

- *(MH3)* C'est très important de s'attaquer à cela (…) Voilà une alerte, une alerte sérieuse.

Puis il enchaîne :

- *(MH1)* Ben ! L'obésité, il faut vraiment l'attaquer dès la naissance, (…) il faut attaquer dès le début (…) Il s'agit de vaincre cette obésité.

Plan, stratégie, attaque, résistance, alerte : tout un vocabulaire militaire délimite un périmètre de la représentation de l'obésité et des dispositions pour la combattre. L'aliment maléfique tendrait à pénétrer un espace personnel, tel l'envahisseur, en équilibre naturel pour le perturber plus ou moins gravement. Cette métaphore de l'intrusion renvoie à un imaginaire géopolitique de frontière. La menace est vécue comme permanente, itérative et suppose une vigilance de tout instant, une « mise en alerte ». Le fantasme d'une rupture d'un équilibre alimentaire traditionnel et ancestral par un agent venant de l'extérieur procède aussi d'un processus inconscient qui mettrait en jeu un signifiant de dangerosité incorporé, ingéré. Tout se passerait comme si l'aliment maléfique, satanique, venait non seulement déséquilibrer la balance énergétique entre les entrées et les sorties, propre à expliquer l'obésité, mais aussi créer un affrontement sain/malsain (pur/impur) dont le sujet mangeur serait la victime. Nous retrouverons dans les représentations sociales à

---

1 Jeammet P. (2014). « Le corps régulateur des émotions ? » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru. D.). Paris, éd. Albin Michel, p. 38.

2 Baudelaire (1887). *Journaux intimes, fusées, mon cœur mis à nu*. Paris, éd. G. Crès, 1920 p. 70.

propos des sujets qui souffrent d'obésité la notion de souillure, de saleté ; ils boufferaient « *comme des cochons* »[1].

– Les croyances autour des aliments

Les anathèmes alimentaires relèvent de croyances. S'il est un domaine où les croyances de santé sont nombreuses, c'est bien celui de la nutrition. Qui ne se mêle de formuler ses conseils en matière alimentaire ? Les aliments sont, nous l'avons vu, classés en fonction de leur bénéfice ou au contraire de leur pouvoir maléfique au gré des modes dans les assiettes. Haro sur le gluten[2], haro sur le lait[3] !

- *(MH17)* On leur dit de se méfier de certains aliments potentiellement mortels comme le lait par exemple.

Les conseils fusent, les régimes étranges sont florès, on a connu la mise à l'honneur de la pomme, de l'ananas, de la soupe au chou, des dissociations, des associations par d'hypothétiques vertus contraires synergiques pour perdre du poids, ou bien encore le salut se trouverait dans les apports exclusifs de protéines. La pensée magique s'article autour de discours pseudo scientifiques qui appellent à témoin des docteurs et des usagers miraculés. L'information est si abondante, si contradictoire, que les patients en obésité se trouvent dans l'incapacité d'y trouver celle qui pourrait les guider au mieux. Les médecins n'échappent pas à la cacophonie des croyances alimentaires :

- *(MH22)* Je crois que l'homme obèse est souvent lié à l'alcoolisme.
- *(MH12)* Se méfier des sucres rapides.
- *(MH9)* La pizza c'est trop calorique.

Il nous faut admettre aussi que les médecins doivent composer avec les croyances de leurs patients. Si l'un pense aux vertus de l'huile d'olive, un autre ressent très vite les effets néfastes de ce qu'il juge être une transgression :

- *(F49)* Je ne mange pas gras moi, enfin je mets un peu d'huile d'olive, mais c'est de l'huile d'olive.
- *(H4)* Je suis diabétique, donc quand je mange quelque chose qui n'est pas bon, on le sent tout de suite.

Les croyances alimentaires ne sont pas que le reflet d'une forme d'ignorance scientifique, l'aliment a été de tout temps investi d'une dimension magique et symbolique.

---

1 L'analogie avec le cochon revient souvent dans les entretiens.

2 L'intolérance au gluten entraîne la maladie cœliaque. La prévalence de la maladie est de 0,5 à 1 % de la population selon les études. Elle se traduit par des diarrhées intenses pour un contact, même infinitésimal, avec le gluten.

3 L'intolérance au lactose peut-être passagère et n'est jamais grave. Elle témoigne d'un déficit en lactase. Elle n'est pas à confondre avec l'allergie aux protéines de lait, maladie rare mais grave.

Magique pour son usage ritualisé, l'organisation du repas en est une des nombreuses illustrations. La nourriture « *réactualise des appréhensions primordiales, des risques fantasmatiques ou réels, souvent confondus, qui déterminent l'acte de se nourrir comme l'un des plus bouleversants* »[1]. Les croyances viennent, presque naturellement, se nicher dans ces deux espaces de la subjectivité humaine. La dimension magique de l'acte alimentaire repose sur le principe d'incorporation, il s'agit d'un cannibalisme du symbolique, puisque nous sommes ce que nous mangeons : « *Dans ce processus, l'aliment devient un substrat qui véhicule des essences, des vertus assimilables par le mangeur* »[2]. Les croyances alimentaires finissent par entraîner le mangeur vers des stratégies de choix de plus en plus complexes, guidées par des constructions irrationnelles. Le système subtil des messagers physiologiques de la prise alimentaire est submergé par la superposition des présupposés magiques des aliments, des aversions, des bannissements ou des préférences outrancières, en fonction d'une hiérarchie des aliments qui s'échelonne du maléfique au vertueux, c'est la primauté aux aliments « bons en soi ».

De cet imbroglio nutritionnel, souvent obscur pour l'observateur, émerge le concept de diététique dont les fondements sont en grande partie scientifiques mais pas seulement. Il puise aussi, de quelques racines culturelles anciennes, ses préceptes pour favoriser une cohabitation scientifico-magique. La diététique, « *recommandations énoncées sous le seul angle des risques ou encore d'une pédagogie de la correction* »[3], est une tentative d'organisation rationnelle des choix alimentaires au bénéfice de la santé. Elle occupe aujourd'hui très largement le discours de la science, étayé par les médecins et relayé par les médias. Si la diététique procède d'une tentative de normalisation, le risque est de constituer un « *décalage criant (de l'ordre de l'étrangeté) entre les représentations profanes et les systèmes médicaux, notamment par la création d'une éducation diététique (…) auprès d'individus supposés recevoir les directives du "qu'est qu'il faut manger"* »[4].

À admettre une forme de mainmise de la diététique, elle ne peut effacer, du seul fait de son rationnel, les croyances alimentaires.

Le partage des croyances de santé, et plus spécifiquement alimentaires, entre les patients et les médecins, loin d'égarer la relation de soin, élargit l'espace de la communication. L'approximation scientifique qu'elles supposent ne fait pas obstacle à l'intersubjectivité patient-médecin, mais participe d'un socle commun favorable au dialogue. C'est à partir de ce socle que la relation pourra évoluer.

---

1 Durif-Bruckert. C. (2011). *Op. cit*. p. 19.

2 Lahlou S. (1994). *La magie incarnée. Manger magique*. Paris, éd. Autrement, p. 113.

3 Durif-Bruckert C. *Op. cit.* p. 24.

4 *Ibid*. p. 25.

c) « L'obèse », victime des médicaments

Certains traitements sont potentiellement à risque de prise de poids, c'est le cas, en particulier, des médicaments psychotropes dont les antidépresseurs. La consommation en France des psychotropes est parmi les plus élevées en Europe[1]. Il est donc fréquent que les médecins rencontrent en consultation des patients ayant pris du poids alors qu'ils étaient traités par ce type de molécule. Ce qui ressort des entretiens, c'est à la fois le risque intrinsèque de prise de poids avec les traitements, mais aussi la fragilité supposée des patients obèses traités par ces médicaments :

- *(MH16)* Tous les gens sous antidépresseurs sont des gens qui vont potentiellement faire des conneries alimentaires.
- *(MH19)* La nourriture sert d'anxiolytique en fait.

L'excès de consommation alimentaire viendrait ici aggraver l'effet délétère des traitements psychotropes :

- *(F47)* Lors du décès de ma mère j'ai fait une dépression suite à ça. Les antidépresseurs que je prenais m'ont fait un peu grossir, mais bon, je n'allais vraiment pas bien et puis je mangeais même si je n'avais pas faim, je n'arrivais plus à m'arrêter.

D'autres médicaments peuvent être en jeu dans une prise de poids soit par augmentation de la lipogénèse, c'est le cas de l'insuline, soit par effet oréxigène tels que les antiépileptiques. Est exclu de ces mécanismes de prise de poids l'ensemble des vitamines souvent incriminées comme facteur déclenchant. Cette vision qui repose sur une pure croyance de santé est fréquente dans le discours profane.

d) « L'obèse », victime des avatars de vie

L'accident de vie qui déséquilibre l'homéostasie du sujet pour le faire basculer vers la prise de poids jusqu'à l'obésité est une des explications avancées par les médecins et les patients :

---

1 Selon les données 2010 de vente/fabrication fournies par l'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) pour certains médicaments psychotropes, la France fait partie des pays européens les plus consommateurs. Pour les hypnotiques, la France arrive en 2e position après la Belgique ; pour les anxiolytiques, en particulier ceux issus de la famille des benzodiazépines, elle se situe en 4e position en Europe après la Belgique, le Portugal et l'Espagne. Une légère augmentation de la prévalence de consommateurs de médicaments psychotropes est observée entre 2005 et 2010 *(Baromètre santé)*. Le nombre de consommateurs augmente progressivement avec l'âge puis se stabilise vers la cinquantaine ; environ 18 % de la population des 18-75 ans déclarent avoir consommé au moins un médicament psychotrope au cours de l'année selon l'enquête 2010 de *Baromètre santé*. Quel que soit l'âge, les sujets consommateurs de médicaments psychotropes sont majoritairement des femmes : 23 % *vs* 13 % chez les hommes. Voir : *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Expertise collective INSERM octobre 2012.

- *(MH2)* C'est la personne normale et qui a eu un accident de la vie, un truc psychologique, un truc comme ça qui va pas.

Ici encore, c'est une vision exogène de la maladie qui nous est offerte, un effet de fracture lié à des événements extérieurs au sujet et qu'il subit. Ces événements divergent par leur nature heureuse ou non, les grossesses en particulier – encore qu'il faille tenir compte de l'effet hormonal direct dans ce cas –, mais aussi les circonstances plus douloureuses comme les deuils, la séparation de couple ou le divorce :

- *(F6)* Quand j'ai revécu une rupture après mon divorce avec un bébé, j'ai pris vingt kilos en un an.
- *(F2)* J'ai constaté que j'étais grosse quand j'ai eu des enfants, à partir de 21ans.
- *(F3)* J'ai grossi à la ménopause, j'ai eu une très mauvaise ménopause avec des événements terribles qui ont été la maladie de ma mère qui a fait un AVC et qui s'est retrouvée comme un légume, et qui a probablement entraîné le cancer de mon père.

Le plus souvent, les personnes interrogées ne font pas de lien entre la prise de poids et des modifications alimentaires. Ils proposent un raccourci de la pensée qui associe, dans un rapport direct de causalité, l'événement de vie et la prise de poids.

Ce mécanisme permet une réduction du sentiment de culpabilité en transférant la responsabilité vers une cause extérieure dont la personne aurait subi l'aléa. Le modèle exogène de la pathologie permet un bénéfice psychique qui soulage le sentiment d'échec et la perte d'estime de soi. En clinique médicale, ce mécanisme ne peut être abordé qu'avec beaucoup de précautions et de respect.

2. Le modèle endogène : ambivalence des représentations

À la différence du modèle exogène, la responsabilité endogène de la maladie fait appel à la représentation d'une disposition interne favorable à l'émergence de la maladie dans un mouvement centripète. La maladie est déplacée du côté de l'individu et non pas de son milieu. Il n'est pas victime de sa maladie, mais il en est l'auteur. Dans cette perspective, la génétique, l'hérédité prennent toute leur place. L'individu ne serait-il pas alors une victime de par ses prédispositions dès la naissance ? F. Laplantine considère qu'il existe une série de maladies pour lesquelles une étiologie endogène s'impose comme une évidence, dont certaines nous intéressent plus particulièrement : « *Ce sont notamment les maladies de la nutrition, les troubles du métabolisme* »[1].

Comme nous l'avons évoqué à propos de la psychosomatique et des travaux de J. Guir, le sujet obèse investirait l'ensemble de son corps comme élément de jouissance. La

1 Laplantine F. *Op. cit*. p. 91.

filiation symbolique du corps du sujet par rapport à un autre corps qui n'est pas le sien en serait l'élément signifiant. Ceci amène à penser que « *le psychanalyste ne travaille pas sur la généalogie objective du pathologique mais sur les fantasmes éprouvés et les modifications des relations non entre l'homme et son milieu, mais entre les instances psychiques elles-mêmes : le Moi, le Ça et le Surmoi* »[1].

Les maladies « *ne viennent pas du dehors, comme des ennemies, ce sont des créations opportunes de notre microcosme, de notre Ça* »[2].

Plusieurs mécanismes, fort divers, voire hétéroclites, sont invoqués par les patients et les médecins, au premier rang desquels figurent la génétique, la dépression, les troubles cognitivo-comportementaux et les pathologies endocriniennes.

- *(MH11)* Il y a plusieurs mécanismes : la dépression, des maladies endocriniennes et puis après beaucoup dans l'éducation.

Nous reviendrons sur l'éducation nutritionnelle qui renvoie au modèle exogène de la maladie, mais surtout à la notion de manque que l'on peut intégrer dans un autre modèle de F. Laplantine : additif/soustractif, que nous aborderons plus loin.

Il faut ici souligner le rapprochement, *a priori* incongru dans le modèle endogène, entre le biologique et la psychosomatique, comme manifestation d'un conflit psychique incarné par la maladie. L'inconscient et la matière organique, réunis dans un même modèle, ne constituent pas un rapprochement habituel tant il est fréquent d'opposer l'esprit et la matière. Avec la dépression l'endogénicité causale de l'obésité trouve sa démonstration la plus éclatante. Le traumatisme psychique entraîne une rupture homéostasique chez le sujet. Ce processus de déséquilibre s'accompagne de perturbations biologiques dans le système de régulation de neuromédiateurs, dont la sérotonine. Mais la déficience durable en sérotonine peut entraîner un état de dépression chronique. Biologie et psychisme s'assemblent pour créer des modèles physiopathologiques de causalité.

a) « L'obèse », la dépression, le stress, la névrose d'angoisse. Le rôle des fonctions psychiques

Pour les médecins, un tel envahissement corporel par la graisse ne peut se concevoir sans qu'une faille dans l'appareil psychique ait eu lieu (« *la graisse est le nom-écrin de son mal-être* »[3]) :

---

1 *Ibid*. p. 94

2 Groddek G. (1923). *Le livre du Ça*. Trad. L Jumel. p. 61. « Les classiques des sciences sociales » Site web: http://classiques.uqac.ca/

3 Detambel R. (2010). *50 histoires fraiches*. Paris, éd. Gallimard, 19/50, p. 87.

- *(MH2)* C'est des personnes qui ont des soucis psychologiques. Ce sont des personnes qui ont du mal-être au travail, dans la vie, chez eux, en couple, je sais pas moi.

L'origine de la faille serait un état dépressif sous-jacent qui expliquerait l'impossibilité de maîtrise et l'absence de contrôle alimentaire, une forme de mollesse des fonctions psychiques de contrôle :

- *(MH18)* Je pense que derrière il y a souvent un problème psychiatrique.
- *(MH19)* Les patients obèses ont des problèmes de moral, ils sont souvent déprimés.
- *(MF8)* Très souvent, il y a un problème de dépression ou de mal-être.

Cette autre femme médecin renforce le discours à propos des patientes qu'elle a vues : « *elles étaient installées dans une espèce d'état dépressif* ». Le jugement pointe rapidement :

- *(MH18)* La femme a vraiment des problème psychologiques pour ne pas arriver à gérer son poids, alors que l'homme a le côté bon vivant, social qui joue.

Hommes et femmes ne seraient pas égaux du point de vue de l'humeur, pas plus que face à leur obésité. Au cours des entretiens avec les médecins, cette distinction se retrouve souvent entre jovialité masculine et troubles psychologiques féminins :

- *(MH18)* Les profils psychologiques et les histoires sont différents. (…) L'homme est un peu paresseux, un peu bon vivant, il aime les bonnes choses alors que la femme, elle, ça la déprime.

Ce n'est pas cet autre médecin qui réfutera cette analyse lorsqu'il déclare à propos des femmes :

- *(MH17)* C'est une psychologie particulière quand je vous dis où est le choix entre le frigo et la psyché, c'est toute la complexité féminine.

D'autres hésitent à franchir le pas, avec le sentiment coupable d'être dans le jugement :

- *(MF10)* Si elle est plus jeune, j'aurais tendance, mais c'est très péjoratif de dire ça, à penser que ça peut être aussi la dépression.

La justification de l'opinion qui associe obésité et dépression vient du fait que la plupart des obèses sont mal dans leur peau et ne sont pas satisfaits de leur situation. Mais être mal dans sa peau signifie-t-il être déprimé ?

Si ce n'est pas, à proprement parler, une tendance dépressive qui sous-tend leur état, ce médecin considère que :

- *(MH23)* Ce sont des gens névrosés. Le propre de la névrose c'est l'angoisse donc tout ce qui les distrait de cette angoisse a plus de valeur que votre discours. (…) Ce n'est pas bien, ils ne vous aiment pas, ils vont voir quelqu'un d'autre. La société encourage ce genre de comportement.

Nous comprenons qu'outre la névrose d'angoisse constatée, ce médecin souligne chez ses patients en obésité une demande de satisfaction immédiate, qui, si elle n'est pas comblée ici et maintenant, les incite à changer de médecin. Le constat n'est pas sans amertume.

Nous percevons qu'à défaut de faille dépressive, l'obésité ne se conçoit qu'au travers d'une névrose d'angoisse qui ne trouverait son apaisement transitoire que dans le remplissage itératif. Il n'est pas concevable d'être heureux en état d'obésité, cette idée paraît impensable pour les médecins.

L'ambivalence se fait jour, l'état dépressif confère aussi un statut de victime, ne serait-ce que par la iatrogénie inhérente à la prise des psychotropes, mais il suppose également une part de responsabilité dans ce qui arrive au sujet. « *Ainsi la dépression se présente comme une maladie de la responsabilité, dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance, disons d'incapacité à répondre à ce qui semble être l'ordinaire, mais qui est de l'ordinaire trafiqué, "forcé en exigences"* »[1]. Si le lien entre prédisposition psychique et obésité est établi pour les médecins, ceux-ci doutent qu'il le soit pour les patients :

> • *(MH2)* C'est difficile à comprendre pour eux d'aller voir un psy. Comprendre que c'est leur problème psychologique qui fait ces trucs là (se remplir) c'est un peu difficile.

La famille peut, quant à elle et pour des raisons de représentation, dénier la possibilité d'un lien entre la psyché et l'obésité ; telle est l'opinion de Judith :

> • *(F23)* On ne devait pas et on ne pouvait pas avoir des troubles psychiatriques dans une famille si parfaite. C'était le lot des faibles, des paumés, des désœuvrés. Nous n'étions rien de tout cela.

Le contrôle, la maîtrise, le « pas de ça chez nous » font barrage à toute construction symbiotique entre la maladie obésité et les éléments d'ordre psychique. À partir de ces situations, les médecins font une approche exclusivement biologique de l'obésité sur le seul déséquilibre entre les entrées et les dépenses. Les excès des entrées ne trouvant pas la possibilité d'être consommés, brûlés, constituent les stocks inemployés. Cette représentation de la maladie conforte le modèle exogène du fait que, selon F. Laplantine, la plupart des médecins, mais nous pourrions ajouter des familles, voire des patients, « *lorsqu'ils n'arrivent pas à trouver une causalité morbide qui soit vraiment extérieure au malade, ils continuent pas moins à la poursuivre dans le sens d'une exogénéité qui serait encore scientifiquement inconnue*»[2]. Cette vision nous ramène à l'opposition philosophique déjà abordée à propos du corps et de l'âme selon Platon et Descartes, posture prédominante

---

1 Durif-Bruckert C. *Op. cit*. p. 176.

2 Laplantine F. *Op. cit*. p. 100.

dans la médecine occidentale moderne, en opposition avec les philosophies d'Aristote et de Spinoza. Il est alors aisé de comprendre pourquoi la psychosomatique reste confidentielle dans la pratique médicale, résolument éloignée des mécanismes de l'inconscient dans la genèse des maladies. La plus grande des difficultés surgit lorsqu'il s'agit, pour les médecins, de penser autrement dans l'enchaînement des causes et des effets. Force est de constater que « *de tels raisonnements fleurissent lorsque la raison, dans son usage scientifique, s'abandonne au beau rêve d'une science achevée et définitive, cède au mythe du Savoir absolu* »[1].

Le lien qui est fait par les médecins interrogés entre l'obésité et la dépression relève le plus souvent d'une adaptation comportementale à une étiologie exogène de la maladie :

- *(MH8)* Il y a des patients qui, quand ils sont déprimés, mangent, et puis quand ils grossissent ils sont déprimés.

Ici, l'obésité n'est pas à entendre comme un symptôme, au sens psychanalytique du terme, même si, à bien y penser, « *chaque fois qu'une personne s'impose quelque chose de coûteux, on peut se demander quelles (en) sont les motivations inconscientes profondes* »[2]. Pour autant, même si le modèle dominant de la représentation se fait sur un mode exogène, tous les médecins rencontrés n'adhèrent pas à ce clivage corps-psyché :

- *(MF7)* Il y a des personnes pour qui les problèmes se sont engrenés depuis longtemps, depuis l'enfance.

Manger serait l'une des réponses possibles face au stress ou à la dépression, voire un procédé anticipatoire qui permettrait de dire que « *le recours intempestif à la nourriture se révèle tout autant ante-dépresseur qu'antidépresseur* » [3].

- *(MF7)* Le fait de se nourrir ça leur fait oublier leur problème de vie.

Ce discours fait écho à celui de patients :

- *(F5)* J'ai grossi d'une manière exponentielle au fur et à mesure des responsabilités, au fur et à mesure du stress qui grandissait.
- *(F28)* On appelle les aliments qui soignent, les alicaments. Moi je les appelle les alicalmants : aliment plaisir, aliment récompense, aliment réconfort, aliment douceur, aliment somnifère. Soyons clairs, je ne vous parle pas de trois haricots verts. Ne me demandez pas si je ne peux pas trouver tout cela ailleurs.

Se nourrir vient combler un manque qui n'est pas du registre de l'alimentation, c'est un ersatz.

---

1 Thomas J.-P. (2013). *Op.cit*. p. 101

2 Grangeard C. (2012). *Op.cit*. p. 58.

3 *Ibid*. p. 79.

Dans une approche sur le poids à l'adolescence, les auteurs d'un ouvrage collectif avancent que « *les adolescents obèses se cantonnent dans leur position de nourrisson (étymologiquement : celui que l'on nourrit), en se remplissant d'une nourriture terrestre, souvent par manque de nourriture affective* »[1]. L'aliment comme substitut de carence n'est pas une idée rare, avec la question du manque et de la pulsion orale.

À propos du déni, certains médecins pensent que la relation entre tension psychique et ingestion, si elle existe, peut être déniée par les patients :

- *(MH18)* Pour moi, l'obèse ne reconnaît pas ce qu'il mange, l'alcoolique ne reconnaît pas ce qu'il boit.

La tension psychique, qui se traduit au minimum par des états de stress, ou davantage par la dépression, trouverait sa résolution momentanée dans la prise alimentaire. Pour ce médecin, la personne en obésité pourrait réduire son stress ou noyer sa dépression dans la nourriture comme d'autres noient leur chagrin dans l'alcool. Une patiente raconte, qu'adolescente, elle luttait contre la dépression qui s'accompagnait de crise de boulimie avec une prise de poids jusqu'à 20 kg. Elle faisait le yo-yo après avoir perdu du poids :

- *(F53)* Depuis déjà pas mal d'années, je sens ce qui déclenche les crises de boulimie, bon il y a beaucoup de stress dans mon travail. Je mange, je suis incapable de m'arrêter.

Parfois la situation est moins dramatique :

- *(F42)* Déprimée… non, mais des petits coups de blues. Dès que ça n'allait pas, j'allais cuisiner, faire des gâteaux, faire n'importe quoi, faire des petits plats pour évacuer le stress mais non je ne suis pas tombée dans la déprime.

Pourquoi une telle relation ? En quoi une tension psychique pourrait être réduite par des *ingesta* ? Nous en avons eu quelques éléments de réponse en évoquant la pulsion orale. Se joue, de façon régressive et archaïque, une expérience infantile de la relation enfant/mère nourricière.

L'une des représentations les plus prégnantes chez les médecins est l'association entre dépression et obésité sans que l'on puisse avancer qui de l'une ou de l'autre est causale, mis à part les effets des traitements antidépresseurs. Si les patients témoignent volontiers de leurs difficultés psychiques, les éléments à notre disposition ne permettent pas de conclure que les sujets en obésité sont si majoritairement déprimés. Qu'il puisse exister de la souffrance, cela est certain et transparaît dans la plupart des témoignages, souffrance exprimée par les patients ou repérée par les médecins. Pour autant, la souffrance psychique ne peut être assimilée à la dépression. Il nous apparaît que la mainmise d'une idée de défaillance, de glissement, de laisser-aller préside pour beaucoup à l'élaboration

1 Birraux A., Lauru D. *Op. cit*. p. 12.

de cette représentation associative obésité-dépression. Les médecins pourtant ne sont pas unanimes à relier l'obésité et la dépression. Nous trouvons aussi des représentations tournées vers la jouissance, à tel point qu'un médecin avance, malgré une nuance :

> • *(MH6)* Je ne fais jamais maigrir les obèses. Ils sont joyeux, il faut les laisser. Ils aiment la vie, ils bouffent. Enfin ça dépend, s'ils sont vraiment angoissés et qu'ils compensent en bouffant comme des chancres, on peut les aider. Mais ce sont des gens en général qui aiment la vie, qui aiment profiter des choses.

Dans cette situation on ne peut pas parler d'approche étiologique puisque la maladie n'existe pas. Il s'opère un mouvement psychique de dénégation du risque par le médecin au bénéfice d'images positives centrées sur la pulsion de vie.

Le climat général des entretiens laisse accroire que la dépression n'est jamais très éloignée de l'obésité. Elle constitue une défaillance originelle qui permet de situer l'obèse dans le champ du soin. Penser qu'une personne en obésité puisse avoir pris autant de poids en pleine conscience, et surtout en pleine possession de ses moyens psychoaffectifs, relève de l'impensable. La dépression supposée permet l'acceptable pour bon nombre de médecins.

b) L'obésité et la génétique. Endogénèse d'une maladie. Le poids de la fatalité

Le second aspect de l'obésité s'inscrivant dans un modèle endogène repose sur la génétique. La science nous dit que l'obésité survient sur un terrain prédisposé. En dehors des rares obésités monogéniques et syndromiques[1], en relation avec la mutation d'un seul gène, les approches génétiques de la maladie associent plusieurs mécanismes de susceptibilité à l'environnement. Le sujet, en quelque sorte fragilisé par ces mécanismes internes, se trouve confronté aux conséquences délétères d'un environnement alimentaire qui lui est défavorable. Ainsi exposée, la personne prendra du poids, sa régulation énergétique interne favorisant les effets de stockage ; c'est ainsi que certaines familles se trouvent aux prises avec l'obésité. C'est ce modèle d'épargne énergétique qui a été présenté en 1962 par Neel[2]. Les cycles de famines auraient été favorables à la sélection des individus capables d'épargner. Les individus « protégés » auraient survécu et transmis le gène d'épargne énergétique aux générations suivantes. Il s'agirait d'un processus adaptatif de l'espèce humaine à la pénurie alimentaire.

---

1 Dans ces situations, l'obésité fait partie d'une entité qui associe plusieurs signes. L'ensemble de ces symptômes constitue un syndrome.

2 Neel, J.-V. (1962). "Diabetes mellitus a 'thrifty' genotype rendered detrimental by 'progress'?". *Am. J. Hum. Genet*., 14, 352–353.

L'interaction « gènes et environnement » amène à considérer que les habitudes alimentaires modulent le degré d'atteinte et l'obésité qui est d'autant plus sévère que la pression nutritionnelle a été forte et de longue durée. L'obésité, une fois constituée, a tendance à demeurer et les efforts diététiques mis en place par les personnes ne sont pas toujours couronnés de succès à hauteur des sacrifices consentis. À ce stade, apparaissent les complications qui mobilisent les médecins et leurs patients pour espérer une perte de poids. Il s'ensuit souvent la phase de yo-yo qui ne fait qu'aggraver la prise de poids. Les patients décrivent parfaitement toutes ces étapes qui reposent sur un échange de mauvais coups entre une nature prédisposée à l'excès de poids et des conditions environnementales adverses. Les histoires pondérales sont riches de ces successions de réussites et de rechutes. L'approche génétique de l'obésité cadre parfaitement avec une modélisation endogène de la maladie quitte à l'envisager par la seule composante génétique sans y adjoindre une vision exogène qui privilégierait l'interaction nutritionnelle. Les médecins connaissent bien cette composante de l'obésité :

- *(MH12)* Je suis persuadé qu'il y a quand même une petite donnée chromosomique dans l'obésité.

Certains restent perplexes devant l'énigme à laquelle ils sont confrontés :

- *(MF2)* Je pense qu'on a beaucoup d'inconnu. À mon avis, il n'y a pas que l'alimentation, il n'y a pas que les calories.
- *(MH7)* J'imagine qu'il y a des éléments type génétiques, familiaux tout ça. Enfin bon, ça c'est des éléments, je dirai enfin entre guillemets un petit peu d'éléments inhérents à un déterminisme, on va dire, et puis après des éléments acquis.

Globalement la dimension génétique de l'obésité n'échappe pas aux médecins. Elle constitue l'un des éléments de construction de la représentation endogène de la maladie. Elle est aussi un point d'appui à la compréhension médicale et définit les limites de la prise en charge thérapeutique, ce que souligne ce médecin, lui-même obèse, qui va jusqu'à renverser la représentation :

- *(MH11)* Il y en a qui sont ravis d'être obèses. (…) Beaucoup disent : ben ! ce n'est pas de mon fait, j'ai beau faire attention, Je suis obèse, ce que je peux avoir tendance à croire par rapport aux théories de la génétique.

À ce modèle endogène, nous pourrions ajouter un modèle soustractif en ce sens que la mutation génétique constitue un manque, une incapacité à réguler normalement. L'approche endogène favorise un discours fondé sur un certain fatalisme de la part des patients :

- *(F48)* Je ne sais pas, je mange normalement. Le matin, je prends du lait. Le midi, je mange aussi. L'après-midi, j'aime bien prendre du riz. Ma mère était un peu costaud et mon père était gros.

Comment affronter son obésité lorsque les personnes clés de la famille sont en surpoids ? Fatalité des gènes, puissance d'identification à l'autre ? La question reste posée.

B. Le modèle additif/soustractif

Le second modèle à l'œuvre dans les représentations médicales applicables à l'obésité est le modèle additif/soustractif. De façon générale, il est possible de considérer la maladie soit comme un trop, soit comme un manque.

C'est ainsi que l'on parle d'un excès de sucre pour le diabète, de graisse pour le cholestérol, une trop forte pression artérielle, la prolifération excessive des tumeurs, un excès d'hormones ou de poids.

On constatera un manque pour les vitamines, des carences en fer, en calcium dans l'ostéoporose, un déficit d'hormones, de protéines dans la dénutrition, une perte de lexique et de cohérence dans les propos à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou dans les démences.

Cette représentation d'un équilibre mis en défaut, selon la pathologie, entre ce qui serait insuffisant ou qui encombrerait, facilite grandement le discours scientifique lorsqu'il s'agit de se représenter une maladie, voire de communiquer avec les patients. Plus particulièrement pour l'obésité, surgissent des thématiques du plus ou du moins qui permettent l'exploration de l'intersubjectivité et de la construction des représentations communes ou non entre les médecins et les patients. Ce qui émerge comme représentation du manque lors des entretiens, c'est l'absence d'éducation nutritionnelle, le manque de gouvernance personnelle, les carences morales, l'absence d'effort pour une adéquation à un idéal du corps.

Là encore, la dualité victime/coupable peut s'appliquer, même s'il faut admettre que pour le même thème, les représentations dépassent la simplification des modèles pour s'affronter et se contredire.

1. Le modèle soustractif : l'absence d'éducation nutritionnelle

L'absence d'éducation nutritionnelle est un archétype d'une approche soustractive dont l'effet ne serait pas la carence, mais son opposé : la pléthore. Ici le manque est à l'origine du trop de graisse corporelle, la transition entre ce manque et ce trop serait l'excès d'ingestion d'aliments maléfiques, la malbouffe. Cet exemple d'un manque vers l'excès n'est pas exclusif de l'obésité ; les troubles du comportement violents, à l'image des comportements d'ingestion, ne sont-ils pas attribués parfois à la carence affective ?

À propos de la modernité alimentaire, « *les mutations contemporaines sont souvent vues comme une des causes de développement de l'obésité. On désigne fréquemment ces transformations sous l'expression négative de "déstructuration de l'alimentation moderne" (...). Le tout parfois regroupé derrière le qualificatif de "junk food"* »[1]. Évolution, mutation, révolution alimentaire, tout se lit et s'écrit, mais assurément c'est de l'émotion qui en résulte. J.-P. Poulain rappelle que l'approche du phénomène n'est pas chose aisée du fait des difficultés de recueil des informations sur le sujet. Toutefois, nous savons qu'il n'est pas nécessaire de mesurer finement l'ampleur d'un sujet pour en saisir les conséquences. Les croyances autour de cette genèse ne sont pas proportionnelles à la réalité de sa cause.

Pour appréhender la nature et prendre la mesure de l'évolution de l'éducation nutritionnelle, nous pouvons nous référer au modèle de l'enfant des années cinquante confronté à celui de l'enfant mangeur hypermoderne. Cette approche apporte quelques pistes à la compréhension des modifications des comportements alimentaires et, en conséquence, de leurs liens avec l'obésité juvénile. V. Boggio[2] analyse les éléments principaux d'évolution des pratiques alimentaires et le contraste existant entre un enfant de l'après-guerre et un enfant contemporain. En s'inspirant d'une photo de W. Ronis de 1952 qui met en scène un enfant qui court, une baguette de pain sous le bras. V. Boggio souligne que « *l'ombre portée dit qu'il est midi. L'enfant a été envoyé "au pain" à la boulangerie du coin. Il revient en courant. "Dépêche-toi", lui a-t-on dit ! Recommandation inutile, son horloge interne lui rappelle que c'est l'heure du repas. Cette horloge est bien réglée. Depuis qu'il a six mois, il fait quatre repas par jour, à heures fixes. D'ailleurs, sa vie, comme ses repas, est bien rythmée* »[3].

Fig. 38. W. Ronis, *Le petit Parisien* (1952)

1 Poulain J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris, PUF, coll. Sciences sociales et société, p. 95.

2 Boggio V. (2007). *L'enfant mangeur piégé et écartelé par l'hypermodernité*. Conférence en septembre 2007 au CHU de Dijon. p. 2.

3 *Ibid*. p. 2.

La régularité des repas, leur composition, la nature du goûter sont stéréotypées, la boisson se limite à l'eau, le soda n'apparaît que plus tard, seuls les sirops sont consommés lors d'événement familiaux (grenadine, orangeade). L'enfant hypermoderne a perdu le rythme alimentaire et se trouve confronté à une offre alimentaire pléthorique et accessible immédiatement. « *L'enfant hypermoderne est un mangeur arythmique. Son rythme de vie est instable. Le week-end fracture la régularité hebdomadaire. La fréquence et l'horaire des prises alimentaires varient d'un jour à l'autre. La question "*À *quelle heure mangez-vous ?" n'a de sens qu'en collectivité* »[1].

« *L'enfant de 1952 mange rarement à la cantine. Il prend tous ses repas à la maison, en présence de sa mère, y compris le goûter. Tout ce qu'il sait sur la nourriture, il le tient de ses parents. (...) À table, il attend que sa mère ait servi tout le monde avant de commencer à manger. (...)* À *table, il est servi* ». *A contrario*, « *l'enfant mangeur hypermoderne n'est pas servi. Il se sert. Dans les commerces en libre-service, il saisit lui-même les produits et les pose dans le caddy. Le geste précède la négociation et rend le refus parental plus laborieux* »[2].

Pour l'enfant d'après-guerre, le repas est un tout : une entrée, un plat, un dessert avec parfois un morceau de fromage. « *Quand il manque quelque chose, sa mère l'envoie "en commissions" chez l'épicier ou le boulanger. Jamais et nulle part, il ne se sert lui-même. (...) À table, l'enfant ne choisit pas ce qu'il veut. Il n'y a qu'un menu. S'il n'aime pas, il attend la suite. Parfois, on l'oblige à manger ce qu'il n'aime pas, faute de quoi, il n'aurait pas de dessert* »[3]. L'enfant mangeur hypermoderne ne subit pas les usages de la table, il peut réclamer autre chose à manger s'il n'aime pas, le dessert n'est pas conditionné par le reste de son repas, il se sert sans que ses parents interviennent.

« *Les croûtons de la baguette du "petit Parisien" sont intacts. L'enfant des années 50 ne mange pas dans la rue parce que ça ne se fait pas (...) S'il demande quelque chose entre deux repas, la réponse est toujours la même : "Attends le repas, sinon tu n'auras plus faim". La faim, sa mère peut en parler. Elle l'a bien connue pendant l'Occupation. Elle sait que cette sensation, qui rend le repas plus désirable, est désagréable mais tolérable quand celui-ci est proche (...).* À *table, les portions sont servies avec justesse. Seul le pain est à volonté : c'est le volant de rassasiement (...). Au goûter, l'enfant peut reprendre du pain, pas du chocolat, trop cher* »[4].

---

1 *Ibid*. p. 6.

2 *Ibid*. p. 3.

3 *Ibid*. p. 3.

4 *Ibid*. p. 4

L'enfant mangeur hypermoderne n'affronte pas la faim de la même façon, il peut d'ailleurs manger sans la ressentir, par envie, par habitude, par compagnonnage avec ses camarades, les aliments sont à portée, conditionnés pour être transportés et consommés dans la rue. Pour la génération d'après la guerre, la nourriture est sacrée, on ne gaspille pas, les déchets alimentaires se font rares, les restes sont accommodés.

« *Sauf dans les milieux de grande précarité, les aliments de l'hyper-abondance ont peu de valeur marchande aux yeux de l'enfant hypermoderne. Pour lui, l'expression "c'est trop cher ne concerne pas les produits alimentaires. Partout, il voit de la nourriture jetée, parfois sans avoir été touchée. Troupeau suspect, jetez ! Date de vente dépassée, jetez ! Produit périmé, jetez ! Pain rassis, jetez ! Fruits talés, jetez ! Restes d'assiette, jetez ! Au restaurant scolaire, l'enfant voit qu'on jette ce qui n'a pas été mangé, parfois dans l'emballage intact* »[1].

Depuis les années cinquante, en deux générations, l'éducation nutritionnelle a profondément été bouleversée jusqu'à laisser penser qu'elle a disparu. Le délitement progressif éducationnel serait ainsi l'un des points d'origine de l'obésité infantile et juvénile. Pour autant, la ritualisation des repas en France reste forte avec un ancrage traditionnel très largement respecté, en particulier avec le partage. Les évolutions touchent principalement les choix de contenu alimentaire et les prises d'aliments entre les repas.

Nombreux sont les médecins qui abordent les embûches de l'éducation nutritionnelle et craignent pour les générations futures. Ils s'en émeuvent :

- *(MF4)* Les enfants ont de plus en plus de mauvaises habitudes alimentaires. Je pense que ça va faire des adultes en surcharge pondérale.
- *(MH8)* À mon avis, il y a beaucoup d'éducation, il n'y a pas que la génétique.

Parfois la position du praticien est radicale :

- *(MH42)* Il n'y a qu'avec les enfants que je suis intransigeant et un bon moyen de faire maigrir une mère est de lui parler du poids de son enfant.

Les efforts d'éducation nutritionnelle doivent porter sur les enfants et non sur les adultes :

- *(MH24)* Je crois que c'est inefficace car ce ne sont pas les adultes qu'il faut sensibiliser mais les enfants. Ce sont les seuls qui peuvent encore changer le cours des choses.

L'éducation est par essence un dispositif social exogène qui façonne l'individu à l'image des modèles proposés par la société dans laquelle il évolue. Ce que vise l'éducation c'est, selon S. Freud, l'édification de digues afin de préserver l'enfant de ses exi-

1 *Ibid*. p. 7.

gences pulsionnelles. Faisant ainsi barrage à la et à sa satisfaction immédiate, il peut s'élaborer une jouissance symbolique passant par le langage.

2. Le modèle additif

a) La pulsion orale

S. Freud, en introduisant le stade oral, propose des éléments de structure qui pose le devenir de l'incorporation : ce que je mange fait corps en se mêlant à ce que je suis comme être de chair. Pour le sujet en rupture de digue, « *le poids de la culpabilité est de ne pouvoir résister aux sirènes de la pulsion orale* »[(1)].

Les psychanalystes ont repéré une force et une intensité particulière de la pulsion orale chez les sujets en surpoids, dont un médecin fait le constat :

- *(MF7)* Le fait de se nourrir ça leur fait oublier leurs problèmes de vie.

« *L'oralité déborde la question du désir – ne serait-ce que le désir de manquer – pour rejoindre celle de la jouissance, jouissance orale sans limites, imposée au sujet par son corps, à l'insu de sa volonté propre* »[(2)]. Cette pulsion orale peut se manifester directement par l'alimentation :

- *(H1)* À la maison regarder la télévision, Madame, une pomme s'il vous plaît, quelque chose d'autre, toutes les 3-4 heures je cherche quelque chose à manger.

Elle peut aussi se manifester ailleurs dans un déplacement sadique, cannibalique sur le plan symbolique par le principe d'incorporation de l'autre en tant qu'objet de la pulsion. Pour D. Lauru, « *le désir sexuel insatisfait entraîne l'adolescent vers des compensations orales incontrôlées. Il est impossible au sujet de rester "sur sa faim", de se limiter et de réfréner sa pulsionnalité orale. Bien souvent, celle-ci n'est qu'un déplacement d'une insatisfaction ou d'une défense devant le sexuel* »[(3)]. Lors de nos entretiens, iI est apparu que cette pulsion orale pouvait rester une énigme pour les médecins :

- *(MH18)* Il y a peu de choses qui me surprennent mais c'est vrai qu'il y a un contraste entre cette volonté de perdre du poids, de faire quelque chose alors qu'en fait elles ne font rien pour. (…) Une femme grosse a un comportement face à la nourriture que je n'ai pas, je ne peux pas comprendre. Elle ne mange pas n'importe quoi mais, dès qu'elle rentre chez elle, elle se précipite dans le frigo !

---

1 Lauru D. (2014). « Le poids de la culpabilité » in *Le poids du corps à l'adolescence*. (Dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel. p. 148.

2 Malka J., Duverger P. (2014). « Le poids des mots » in *Le poids du corps à l'adolescence.* (Dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel, p. 179.

3 *Ibid*. p. 157.

La pulsion orale peut être approchée, pas la lassitude de lutter :

- *(MH11)* Puis des fois, ils *(les personnes en obésité)* en ont ras le bol, ils mangent comme tout le monde. Malheureusement la pizza c'est trop calorique.

C'est oublier que la pulsion n'est pas un processus somatique, elle relève de l'inconscient. La satisfaction de la pulsion n'est pas de calmer un quelconque signal biologique, mais une réponse transitoire, éphémère qui a trait à la jouissance.

Nous avons fait le constat que les médecins semblent davantage motivés pour aider des enfants ou des adolescents, plus que pour les adultes obèses.

- *(MH12)* En fait, moi je m'intéresse surtout aux enfants parce qu'à mon avis c'est là que c'est le plus efficace et déterminant. Parce que quand je les vois au Nutella arrosé de Coca-Cola, je me dis qu'il faut essayer de faire quelque chose.

Mais, ce même médecin déclare, à propos de la prise en charge des adultes obèses, qu'il renonçait « *parce que je ne me sentais pas intéressé* ».

Les médecins ne partagent pas tous cet intérêt pour les enfants :

- *(MH16)* Les gamins qui viennent, ils sont gros et ils sont contents comme ça, ou alors ils ne le disent pas.

Un médecin approche la problématique de l'obésité juvénile à la lumière de sa propre expérience et de sa souffrance passée d'ancien obèse :

- *(MH11)* C'est plus difficile pour les plus jeunes, pour les enfants (…) je botte en touche. J'envoie à Trousseau[1] en consultation de nutrition obésité. Puisque je les connais un peu, j'y suis passé. Ils ont un putain de truc, psychologues, nutritionnistes, c'est formidable. Ça permet de se poser. C'est un peu lourd parfois de médicaliser comme ça, l'hôpital ça rend malade parfois. *L'enthousiasme diminue lorsqu'il s'agit d'*évoquer le pronostic de ces enfants. Un moment ils se disent, j'ai perdu 20 kg, après ils vont les reprendre si il n'a pas modifié l'environnement, ils vont les reprendre. (…) Si on continue de manger 12 kg de Kinder par jour *(sic)*, il reprendra son poids, c'est obligé, même avec 20 kg de moins.

La question de l'obésité de l'enfant renvoie à deux problématiques différentes et complémentaires : la manière dont s'est constituée cette obésité, quels en sont les déterminants, et quel est le vécu de l'obésité par l'enfant ? Cette double perspective ressort dans les préoccupations des médecins et dans leur implication par rapport à la prise en charge.

1 Hôpital parisien pédiatrique qui possède un service de référence pour l'obésité infantile.

b) Un excès d'aliments maléfiques

Les éléments d'éducation nutritionnelle portent sur des aliments emblématiques que nous avions qualifiés de maléfiques ou sataniques. Le soda est souvent désigné comme un des porte-drapeaux de la malbouffe des enfants :

- *(MH16)* Il y a des enfants qui rentrent de l'école, ils se jettent sur la bouteille de Coca qu'ils trouvent dans le frigo, ils bouffent tout ce qu'il y a dans le frigo !

Déstructuration des repas, détemporalisation, affaiblissement des rituels alimentaires « *livrant le corps au système de sollicitations oppressant et trompeur*»[1], aliments gras et sucrés jugés maléfiques, inculture nutritionnelle, sollicitations visuelles permanentes sont autant d'éléments avancés pour expliquer l'augmentation de l'obésité, d'abord chez l'enfant puis chez les adultes. La modification des habitudes alimentaires occupent le débat et préoccupent les médecins :

- *(MF3)* Il y a un problème de mode de vie et les habitudes alimentaires sont difficiles à changer.

La déstructuration des agencements de la prise alimentaire, réifiés dans la forme traditionnelle du repas, favorise le délitement de l'étayage groupal, de la symbolisation alimentaire. Elle est à l'origine de la dégradation progressive de la représentation de l'aliment comme un objet rare et réservé à des temps dédiés pour sa consommation. La proximité permanente de l'objet-aliment tend à en réduire la valeur qu'on lui accorde.

Il aurait été simple, peut-être simpliste, de considérer que l'illustration emblématique du modèle additif chez la personne en obésité est un trop de nourriture. C'eût été sacrifier à la représentation la plus commune du « gros » comme mangeur excessif. De fait, la plupart des individus obèses ne mangent pas plus que ceux de poids de référence.

Là encore, manque et excès se croisent et s'entrecroisent dans l'approche du modèle. Ceci dit, nous retrouverons régulièrement lors des témoignages des patients et des médecins ces deux dimensions du modèle additif/soustractif.

C. Du côté de la thérapeutique

F. Laplantine rappelle que « *le comportementalisme est fondé sur une discrimination radicale des conduites réputées positives et des conduites réputées négatives* »[2]. La démarche thérapeutique a comme finalité de créer des valorisations pour les comporte-

1 Durif-Bruckert C. (2011). *Op. cit*. p. 178.

2 Laplantine F (1986). *Op.cit*. p. 183.

ments positifs considérés comme adaptés et des aversions pour ceux réputés inadaptés. À propos de l'obésité, les comportements d'ingestion sont pointés par un bon nombre de médecins et qualifiés de contraire aux intérêts du patient en obésité. Cette démarche est proprement allopathique en ce sens qu'elle vise à l'éradication des addictions et des attitudes contraires à la perte de poids. Ce modèle passe par des thérapies « *actives et même activistes* ». La série des *anti* illustre cette opposition frontale entre soins et maladie, confrontation que nous retrouvons dans d'autres circonstances : *anti*-mitotique, *anti*-biotique, *anti*-paludéen, *anti*-inflamatoire, *anti*-parkinsonnien, *anti*-agrégant, *anti*-protéase. Il y a là métaphore guerrière, déjà repérée dans le lexique médical relatif aux soins portés aux patients en obésité.

Nous connaissons de nombreuses propositions thérapeutiques censées favoriser la perte de poids, prévenir sa reprise, et, en conséquence, assurer l'équilibre psychique de l'individu en surpoids ou en obésité. Quelques-unes d'entre elles ont eu un franc succès médiatique. Le principe fondamental est d'adopter une diététique adaptée soutenue par un comportement positif. Ces deux principes élémentaires, ingestif pour le premier et cognitif pour le second, assureraient un amaigrissement et un équilibre pondéral pérenne. C'est sur ce diptyque intangible, mâtiné le plus souvent d'une approche « rationalisée » pathophysiologique, que l'on a vu surgir, au gré des modes, des régimes comme :

– Le régime dissocié permet un jour sur deux de consommer de la graisse *ad libitum*. Cette consommation libre se heurte au principe d'alliesthésie négative qui veut que les prises successives d'un même aliment ou d'aliments de composition équivalente entraînent une diminution progressive du plaisir à le consommer, jusqu'à l'aversion. Il s'opère un changement dans la perception de plaisir à en manger, la conséquence étant la réduction de consommation du produit proposé.

– La chrono-nutrition calque ses propositions de prise alimentaire aux rythmes circadiens hormonaux et métaboliques de façon à opérer des choix alimentaires dans le respect de ses rythmes intérieurs et de ses besoins physiologiques.

– Le régime macrobiotique s'appuie sur des équilibres dans le choix des aliments entre le *yin* et le *yang*, choix alimentaires qui s'inscriraient dans une vision plus cosmologique du monde.

– Les régimes restrictifs, hyperprotéinés, avec achalandage de produits mis en vente sur internet avec une finalité commerciale.

L'expérience des personnes en obésité est multiple en matière de diététique et de régimes. Il est bien rare de rencontrer des patients qui n'ont pas expérimenté de nombreuses approches nutritionnelles aux fins de perte de poids, approches qui les ont conduits à

cheminer entre l'interdit drastique, les fantaisies de mode, les extravagances de quelques médecins médiatisés, ou une simple limitation dans l'assiette.

* * *
*

Les modèles anthropologiques de la maladie nous ont permis de comprendre en quoi l'obésité pouvait s'analyser majoritairement par les modèles additif et exogène, un « trop » qui vient envahir la personne. Toutefois l'approche n'est pas univoque puisque les approches soustractive et endogène s'expriment également. L'une relevant d'une fatalité génétique, l'autre reposant sur la faille psychisme par défaut de volonté. Ce portrait dressé à gros traits permet de mieux comprendre les représentations des médecins relatives à l'obésité et aux personnes qui en souffrent.

Chapitre 3
Les patients : l'obésité et le médecin

A. Entre image et imaginaire, une construction identitaire

Le regard constitue une épreuve pour la plupart des personnes en obésité. Qu'il s'agisse du regard sur soi ou bien de celui des proches, des autres et, plus spécifiquement, de celui des médecins. Il génère de la gêne jusqu'à la souffrance. Ce qui se donne à voir au début d'une relation sociale, c'est ce que qui est immédiatement perceptible, à savoir le corps. Cette règle souffre l'exception des rencontres sur internet qui permettent l'abstraction du corps, même si la photographie peut lui conférer une certaine matérialité, fût-elle un artifice.

Ce n'est pas rien d'approcher la question du regard sur soi et de celui de l'autre, de l'image du corps dans une société où son omniprésence dicte ses lois, à commencer par celle du paraître. Le « *je suis vu, donc je suis (...), c'est la position de l'être vu et la présence corporelle concrète face à l'autre qui conditionne l'expérience et la certitude d'exister* »[1]. Abandonnant le *cogito* pour l'image, l'homme moderne se confronte au diktat de la minceur et de son image : être mince et être vu mince, tel serait un des piliers de son être. La qualité de la communication est en partie à ce prix et « *la régulation fluide de la communication est rompue par l'homme tributaire d'un handicap qui saute trop facilement au yeux* »[2]. Comment s'inscrire dans une relation sociale alors que les conditions d'apparence ne sont pas réunies pour la faciliter ?

1. Le regard sur soi

a) À l'épreuve du miroir : l'impossible confrontation

L'épreuve du miroir est la plus délicate et la plus relatée par les patients. Exceptionnellement indifférente, elle génère très souvent des comportements adaptatifs d'évitement de la confrontation au reflet de soi dans la glace. À l'extrême, apparaissent des phobies, tant l'angoisse de cette confrontation est vive. Jadis, le miroir était appelé

1 Birman J. (2012). « Je suis vu, donc je suis : la visibilité en question », in N Aubert et C Haroche (dir), *Les tyrannies de la visibilité*. Paris. Eres, p.17. Cité par G Vigarello (2012) *La silhouette du XVIII^e siècle à nos jours. Naissance d'un défi*. Le Seuil, p. 135.

2 Le Breton D. (1992). *Op.cit*. p.93.

« vanité ». Se trouve ainsi désignée une forme hypertrophiée de l'estime de soi. Mais ne pas pouvoir s'y soumettre témoigne-t-il, à l'opposé, d'une absence d'estime de soi ?

Pour G. Vigarello, « *ce sont les sociétés individualistes qui accentuent encore ce sens premier donné au corps. L'individu y existe par ce qu'il montre, sa façon d'être, son immédiate visibilité clairement circonscrite à sa plus stricte apparence* »(1). La silhouette « *est devenue le "lieu" privilégié du moi* »(2). Être mince, c'est potentiellement se distinguer, mais comment le faire si la plupart des individus obéit à la même injonction ? Tout le monde peut y prétendre, peu pourront y satisfaire. Nous retrouvons la question de la norme et de sa confusion avec l'idéal de minceur.

Avec l'obésité, la rencontre de l'autre se réduit à une confrontation d'images de corps dans laquelle « *le miroir de l'autre n'est plus susceptible d'éclairer le sien propre* »(3). Comment se reconnaître dans l'autre alors que sa différence est si lourdement affichée ? Ce paradoxe trouve une explication chez E. Goffman lorsqu'il écrit : « *toute aspérité corporelle contribue à la désorganisation du paysage banalisé des corps* »(4), en suggérant une « *normalité fantôme* » possible. Normalité de transparence qu'exprime également J.-P. Kaufmann : « *La normalisation a réussi à construire l'invisibilité* »(5). Être privé de la banalité du corps, voilà peut-être une des sources de souffrance des patients en obésité face à leur miroir : un marché de dupe.

« *Elle s'est déculottée. La peau d'orange accidentait ses fesses. L'odieux criblage de la cellulite, Le cul entièrement crevassé (…) Ce matin, dans la glace, elle s'est vue de dos, le slip marquant sous le jean les données du mal : épouvante et horreur* »(6). Peut-on se regarder à ce prix ?

Les difficultés exprimées par les patients interrogés à se regarder dans la glace sont quasi constantes. Les subterfuges sont multiples :

- *(F7)* Je suis devant la glace. Je fais : oh ! terminé ! on enlève les glaces.

Suppression matérielle des miroirs ou stratégie d'évitement, c'est ce que l'on retrouve chez Olivia :

- *(F30)* Je refuse de me voir. Je me débrouille très bien. Je ne croise jamais un miroir. Il n'y en a pas chez moi. Ailleurs je détourne le regard, de manière réflexe, sans réfléchir.

---

1 Vigarello G. (2012). *La silhouette du XVIII^e siècle à nos jours*. Naissance d'un défi. Le Seuil. p. 135.

2 *Ibid*. p. 137.

3 Le Breton D. (1992). *Op. cit*. p. 93.

4 Goffman E. (1975). *Op. cit*. p.145.

5 Kaufmann J.-P. (2010). *Op. cit*. p.136.

6 Detambel R. (2010). *Op. cit*. p.87.

La litanie de la fuite devant l'épreuve spéculaire renseigne sur la difficulté à s'y confronter :

- *(F10)* On évite les glaces, toujours.
- *(F5)* J'ai pas tendance à vouloir me regarder plus que ça dans la glace.
- *(F1)* Je ne me pèse pas, je ne me regarde pas.
- *(H7)* Ça ne me dérange pas, parce que je ne me regarde pas.
- *(H2)* Le profil est terrible, la face aussi, alors moi je n'aime pas les glaces.

D'autres s'y risquent, mais le résultat est brutal :

- *(H15)* Ah bah des fois on se regarde dans la glace et on dit quand même, on se voit de profil et waouh ! Les pantalons et tout ça… Comme je dis on est content, les pulls s'agrandissent maintenant.

S'il est facile de faire disparaître le miroir des murs, la photographie est une autre confrontation avec l'image du corps. Elle est là pour rappeler ce que nous montrons de notre corpulence aux autres. Sorte de miroir à retardement, elle entraîne aussi un inconfort psychologique. Fixation dans le temps, nulle échappatoire, une confrontation qui renvoie à la réalité brutale :

- *(H2)* Je ne m'aime pas en photo.
- *(F4)* Je ne me laisse pas facilement prendre en photo. J'aimais pas trop, mais alors là j'aime plus du tout, j'évite.
- *(F13)* En me voyant en photo, je me dis : ah ! mais je suis beaucoup plus grosse que l'idée que j'ai de moi.

Le déni, la dissociation dans l'imaginaire entre son corps réel et l'image que l'on s'en fait, la dérision, jusqu'à l'indifférence, sont de nombreux autres moyens pour échapper à la dureté de l'image du corps. Suzanne se représente comme ayant un corps par dessus son vrai corps, l'autre étant nommé l'imposteur :

- *(F15)* Je pourrais l'occulter, nier son existence. Mais le regard cruel des autres et les miroirs dressés sur mon passage, reflètent l'image de l'imposture dans toute son opulence.

Ce témoignage rejoint celui d'un autre patient :

- *(H3)* Je ne me vois pas aussi gros que je suis. Enfin gros ! Ouais, ouais, c'est un mot dur à dire : « gros ».

Il dit son incapacité à se voir tel qu'il est jusqu'à l'impossibilité de se qualifier de « gros ». L'obésité est plus qu'un mot, c'est une sentence. Le chemin est difficile entre réel du corps et imaginaire. Un autre patient affirme qu'il se pense presque obèse, alors qu'il a un IMC de 45. Une femme, dont l'IMC est de 35, le rejoint :

- *(F6)* Je suis obligée un peu de me convaincre que je suis grosse.

Parfois, la comparaison à un autre « gros » peut être rassurante, voire celle face à des minces :

- *(H5)* Quand je me compare à certaines visions que je peux malheureusement voir dans la rue, je me dis que finalement ce n'est pas la catastrophe totale.

Ce jugement laisse penser qu'on est toujours le mince de quelqu'un. Même la comparaison aux vrais minces peut rassurer :

- *(F14)* J'ai vu des personnes minces ou maigres, c'est encore pire. Je trouve que les personnes n'ont pas un beau corps non plus. Je n'ai pas un beau corps mais là où je suis contente, c'est que je suis proportionnée. Je suis grosse, oui, mais de partout.

Michèle témoigne de son désarroi dans un portrait démantibulé de la vision de son corps, chacune des parties ayant « décidé » de son autonomie. Une approche dissociée du corps :

- *(F36)* S'il n'y a pas d'unité dans ma tête, alors imaginez un peu le corps en entier. Lui aussi est plusieurs; certaines parties vivent leur propre vie. Indépendamment des autres et de toute réflexion. Mes jambes enflent et désenflent quand bon leur chante. Même si nous avons décidé de faire du sport. Quant à mon ventre, il se manifeste bruyamment, se lamente et se crampe dès qu'il entend le mot régime. Ma culotte de cheval et mes cuissots dodus n'en font, pour leur part, qu'à leur guise et se foutent bien des querelles de clocher. Ils stockent. Mes seins, eux, si petits, se sentent bien seuls, si peu en harmonie avec le reste. Ils sont timides et silencieux.
- *(H2)* Je ne me suis jamais aimé, c'est clair ! Enfin aimé non, le physique m'indiffère, y a des choses beaucoup plus importantes ailleurs. (…) Y a des gens qui sont beaux mais… qui sont infâmes.

Posture qu'illustre D. Le Breton lorsqu'il écrit : « *On oublie souvent l'absurdité qu'il y a à nommer le corps à la manière d'un fétiche, c'est-à-dire en omettant l'homme qu'il incarne* »[1].

Le même patient reprend avec plus d'incertitude *:*

- *(H2)* Je me peigne, je me rase, mais en photo ! Je ne m'aime pas en photo. Alors que là, vous voyez la brioche. Je me fais : Oh ! Putain. Fait chier.

Les témoignages sont le plus souvent douloureux :

- *(F16)* Quand je me regarde, je me déçois, quand je me compare, c'est pire.[2]

Un homme et une femme expriment la manière dont ils vivent leur obésité :

---

1 Le Breton D. (1992). *Op. cit*. p. 25.

2 À rapprocher de la phrase de Talleyrand : « *Quand je me regarde, je me déçois, quand je me compare, je me rassure*. »

- *(H2)* Mal, ça m'insupporte.
- *(F11)* Très, très mal, j'en ai un peu marre.

Il est certains patients qui ont trouvé un équilibre avec leur obésité :

- *(F3)* Je le vis… Non, non, je ne suis pas malheureuse, je ne pleure pas tous les jours devant mon miroir en me disant : quelle horreur !
- *(F1)* Avant ça me gênait mon poids, maintenant j'm'en fous.
- *(F14)* Je le vis très bien parce que j'ai toujours été comme ça.

Si les psychés confrontent les sujets à leur image, nous constatons que les personnes en obésité ne retrouvent pas leur psyché dans cette image. Être un autre que l'image corporelle laisse supposer, voilà, en substance, ce que les entretiens révèlent. Cette dissociation est fréquente, la personne laisse entendre: « *Je ne suis pas ce que mon corps dit de moi* ». Quel que soit le *modus operandi,* la difficulté à se voir est une constante chez les patients rencontrés. Il se constitue un embarras à la fois personnel, la confrontation au canon esthétique, et social, propre à la relation dans le regard de l'autre. Se regarder dans le miroir, c'est anticiper ce que l'autre percevra de nous au moment de la rencontre. Ne pas être ce que l'on donne à voir, attendre que l'autre saisisse la vérité au-delà de l'image, voilà l'enjeu. Alors lorsque l'on souffre d'obésité, le regard sur soi relève-t-il d'une impossible confrontation ?

b) L'autodérision

La mise en scène de son corps par l'autodérision procède parfois d'une anticipation défensive. La stigmatisation peut favoriser le renforcement délibéré du stigmate comme voie possible d'acceptation. Comment s'exprime ce processus, chez les patients, cette anticipation défensive ?

Lors d'une hospitalisation, au moment de la toilette, une patiente témoigne :

- (F1) Quand ils ont commencé à me débarbouiller j'ai dit : « Ah ! On fait la toilette à la baleine ».

La même patiente, faisant référence à la couleur de sa robe, au moment d'intégrer une nouvelle équipe de travail s'annonce ainsi :

- *(F1)* Vous avez un éléphant bleu, pas rose.

Cette patiente, ancienne sténo-dactylo, au caractère trempé, enchaîne sur ses relations au travail et parle de ses défenses anticipatoires :

- *(F1)* J'me moquais plus facilement de moi. On me disait : « Oh ! Mais, S., on ne pense pas ça ». Je disais : « C'est ça, cause toujours ».

Un homme à l'obésité massive (IMC 54,5), traité de « petit gros », répond sur un mode humoristique :

- *(H4)* Non là c'est une insulte, « gros con » oui mais pas « petit con », non ». *Sur le plan vestimentaire il rompt délibérément avec la neutralité :* « J'ai des chemises flashy, vert pomme, rose fluo. Bah oui ! Y'a même un teeshirt rose, non mais. »

Ces patients constituent une exception. La plupart sont en difficulté et ne peuvent dépasser l'épreuve du regard porté sur eux. La mise en jeu du corps dans l'espoir d'une meilleure intégration sociale se décline souvent par la jovialité forcée, les attitudes de boute-en-train, les postures gourmandes lorsqu'il s'agit de passer à table. La personne en obésité se conforme au stéréotype attendu de telle sorte à trouver une place particulière au sein du groupe. Ce « personnage », C. Fischler le désigne comme « *bouffon, mascotte, confident ou souffre-douleur. (...) C'est le prix à payer pour ne pas être totalement rejeté* »[1]. Le prix payé permet d'être classé « bon gros » plutôt que « mauvais gros ». C. Fischler parle de « débiteur » à propos du gros. Il ne jouerait pas le jeu apparent de la réciprocité du don, il est perçu comme celui censé amasser aux dépens de l'autre, il convient qu'il se redistribue, alors pourquoi ne pas payer son écot au travers de la fonction histrionique du « bon gros » ?

c) La grossesse : une expérience singulière en obésité

La grossesse est une expérience singulière, où deux éléments majeurs sont à l'œuvre, la liberté alimentaire dans une espèce d'affranchissement à la restriction, un « grosse pour grosse » libératoire, et une représentation d'enveloppement de l'enfant à naître comme dans le mitan d'une couveuse protectrice. Une patiente confie que, durant ses grossesses, c'était la première fois qu'elle voyait quelque chose de positif dans le surpoids :

- *(F12)* C'était une bonne raison d'avoir des formes opulentes, un corps qui enveloppe les enfants. Une couveuse.

Une expérience clinique de vingt ans d'accompagnement nutritionnel des femmes enceintes nous a permis de noter combien cette période libérait de la restriction cognitive. Le verrou, du fait de se priver pour contrôler son poids, est levé sous couvert d'une prise de poids jugée naturelle, de circonstance tolérée, voire encouragée.

Se joue, dans le même temps, la question de l'apparence : se montrer enceinte. Stigmatisée pour être « en grosseur », la jeune femme enceinte retrouve la bienveillance d'autrui à se trouver « en grossesse ». Renversement transitoire du regard, mais source de soulagement. Il n'est qu'à constater les changements posturaux de ces femmes qui, assez tôt dans la grossesse, favorisent l'hyperlordose lombaire afin de pointer le ventre en avant. Position caractéristique de la grossesse au dernier trimestre afin de rétablir le centre de gravité du corps.

---

1 Fischler C. (1990). *Op.cit.* p. 336.

Enfin, la maternité modifie le statut social de la femme et certaines constatent que leur vécu du regard des autres s'en est trouvé changé :

- *(F13)* Je m'en rends plus trop compte. J'avoue que quand même la maternité a aussi changé mon rapport au corps. Je suis moins sensible au regard des autres.

2. *Le regard des proches*

Après avoir envisagé le regard sur soi, la question se pose du regard des proches. La famille constitue la plupart du temps un cocon protecteur pour l'enfant en bas âge.

Lors des entretiens, il ressort que le regard des proches est très prégnant dans la problématique du poids, soit comme déclencheur de la prise de conscience, soit comme soutien à la décision de perdre du poids. Il n'apparaît pas comme une source majeure de souffrance, car il existe un présupposé de bienveillance où le silence est interprété comme une absence de réprobation :

- *(F49)* Mon mari ne me dit rien, il est pareil que moi de toute façon ! Mes enfants n'ont jamais rien dit non plus.

L'émotion envahit la personne lorsqu'il s'agit d'évoquer la douleur dans le regard de son propre enfant :

- *(F20)* Je ne voyais pas mon reflet éléphantesque dans les miroirs. Mais je l'ai vu dans le regard de ma fille. J'étais une maman douce, attentive, mais je ne voyais pas la douleur de mon enfant.

Dans de nombreuses publications, on trouve le cas d'une mère qui a pris du poids après la grossesse et qui a conscience des difficultés de son enfant à assumer sa mère obèse lorsque celle-ci l'accompagne à l'école. Les moqueries des autres enfants favorisent le sentiment de honte chez l'enfant qui s'arrange pour ne plus se trouver en situation d'être accompagné par sa mère : arriver tôt, sortir le dernier, finir le trajet seul. Ce scénario se retrouve moins lorsqu'il s'agit du père, même en tenant compte que les pères assurent moins souvent les trajets scolaires de leurs jeunes enfants.

Le regard de l'autre peut constituer une protection. Après une rencontre amoureuse Clara déclare :

- *(F41)* Un seul regard me suffit pour ignorer le regard des autres.

La sublimation par le sentiment amoureux fonctionne comme pare-feu à l'agression extérieure. Sur ce point, le mécanisme psychique se manifeste comme « *objet pur de l'Eros* »[1] pour favoriser une construction empreinte d'un amour protecteur. Le regard de

1 Alberoni F. (1993). *Innamoramento e amore*. Trad. française : *Le choc amoureux*. Paris, éd. Pocket, (2000), p.31.

l'autre, le proche, devient et reste, au cours du temps, la mesure de référence bienveillante et permet l'expression d'une critique jamais malvenue *:*

- *(H11)* Ma femme me dit quand je suis à peu près bien habillé : « Oh ! Bah, j'aime bien quand tu es beau comme ça ». Et puis, d'autres fois, elle me dit : « Si tu étais un peu moins gros, ça serait mieux ».

Dans un autre registre de l'amour, le regard de l'enfant de la famille est absous par l'indulgence du parent :

- *(H11)* Mon petit-fils me dit : « Oh ! papy, tu es gros, mais c'est plutôt mignon ».

Après l'enfant, le conjoint est le second acteur majeur du regard que portent les personnes en obésité sur leur corps. Le discours de l'autre peut, à l'inverse de ce que nous venons de voir, être une source d'autant plus douloureuse qu'elle vient d'un être aimé. Ici, point de bienveillance enveloppante mais, au contraire, un surcroît possible de douleur.

> Lors d'une consultation récente pour suivi d'obésité, une patiente de 62 ans, en situation d'échec, manifeste son découragement et sa tristesse. Elle s'était fixée un poids à atteindre pour le mariage de son fils qui doit intervenir dans deux mois. À la question : « Pour qui voulez-vous perdre du poids ? », elle répond après un temps de réflexion : « Pour mon mari ».
>
> Ce couple, plutôt harmonieux et complice dans la vie quotidienne a presque cessé d'avoir une sexualité. Le corps obèse de la patiente faisant obstacle, pour elle-même, qui ne se sent plus désirable, et pour lui qui ne la désire plus. L'histoire est très ancienne, puisque son mari, dès le mariage, et après avoir hésité à l'épouser – il la trouvait trop grosse alors qu'elle était mince – lui a toujours reproché son surpoids qui ne correspondait pas à ses canons personnels.

La désirabilité du corps n'est jamais loin lorsqu'il s'agit d'aborder le rapport à l'autre dans le couple. Elle est source de spéculation même si le conjoint ne s'exprime pas : suis-je ou ne suis-je pas désirable pour lui ? L'anticipation défensive évoquée lorsqu'il s'agissait du regard sur soi se retrouve dans ces situations de silence :

- *(F43)* Mon mari ne me reproche rien sauf que je ne me mets plus à poil parce que je me trouve moche.

Parfois la personne est livrée à une spéculation, un « je suppose que » qui vient calmer l'incertitude du silence.

- *(F46)* Je suis mariée, j'ai deux enfants, mon mari n'est pas un homme qui n'est pas content de moi. Bon, peut-être que je suis grosse, mais il est gentil, ça ne le gêne pas.
- *(H3)* Ma femme serait contente si j'étais moins gros et mes petits enfants m'aimeraient mieux.

Enfin, il n'est pas exclu de justifier une certaine nostalgie au nom de la préférence des proches :

- *(F2)* Ils me disent que quand j'étais plus grosse, j'étais plus belle, enfin, de visage.

La remarque ne relève pas de la pure subjectivité, l'embonpoint lisse les rides du visage et fait paraître la personne plus jeune :

- *(F40)* Au moins, comme disent certaines, nous, les rondes, retardons le moment d'apparition des rides et de l'affaissement d'une peau distendue et trop flasque pour épouser harmonieusement le squelette et les muscles.

Les conflits relationnels viennent cristalliser dans l'affrontement mère-fille à propos du corps. Nous avons évoqué ce cas d'opposition lorsqu'il s'est agi du *corps symbolique* et de l'impossibilité de se reconnaître dans l'image du corps d'un autre, la mère principalement. L'exemple de Claude déborde le point de querelle avec la mère pour sous-entendre un conflit d'une autre ampleur. Complexée par une hypertrophie mammaire, elle précise son choix de recourir à la chirurgie :

- *(F34)* J'ai tellement envie de plaire à ma fille, j'ai tellement envie de me plaire. Je vais me faire opérer, je vais m'alléger, je vais faire diminuer de moitié cette « poids-trine » *(Claude décompose le mot comme cela)*. *(Après l'intervention)* Ma mère m'a dit alors que c'était trop tard, et ajouta : « Eh bien ! Maintenant on ne voit plus que ton ventre, tu vas le faire enlever aussi ? ».

La violence verbale dont le corps de l'autre devient le réceptacle laisse supposer que l'antagonisme mère-fille ne se limite pas aux seuls contours de Claude.

Julie, après avoir beaucoup maigri à la suite d'une rupture sentimentale, recommence à manger après une nouvelle rencontre. Elle ne se soucie plus de son poids :

- *(F34)* Un signe de lui et j'ai retrouvé l'appétit, un appétit d'ogresse. Et mon corps s'est empressé de doubler de volume.

Le regard des proches est un élément majeur dans l'acceptation de son obésité. Il apparaît que la famille constitue, le plus souvent, un havre qui repose des tensions psychiques accumulées à l'extérieur de la cellule familiale. L'absence de jugement préside à ce ressenti apaisant. D'autres explications sont possibles : la prise de poids en famille avec les mêmes valeurs autour du repas, les mêmes références culturelles d'image du corps, les mêmes déterminants socio-économiques que son environnement social proche, tel le voisinage. En cas de conflit, la famille joue comme une caisse de résonance. Malgré la relative quiétude, nous constatons que la tranquillité n'est pas totale, le regard des proches dicte la majorité des comportements en relation avec des affects contrastés qui impactent les relations intrafamiliales.

3. *Le regard des autres*

Si nous agrandissons le cercle social pour nous intéresser au vécu du regard des autres dans la rue, dans les transports, au travail, on constate qu'il est beaucoup plus contrasté : vexation, violence verbale, désarroi, révolte, processus d'adaptation plus ou moins efficace.

Lorsqu'il arrive qu'un enfant prenne du poids très jeune, c'est le plus souvent à l'école qu'émergent les premières stigmatisations. La maman de Claire âgée de 4 ans (25 kg) prend conscience brutalement de l'obésité de sa fille dans le regard des autres enfants et des parents. « *J'ai l'impression de promener un monstre* », déclare-t-elle[1]. Le temps de la stigmatisation est arrivé ! Les activités physiques et sportives constituent les catalyseurs de la mise à l'écart et des quolibets :

- *(F1)* Quand j'étais à l'école, quand j'étais gamine, il fallait que je coure. Je courais tranquille et quand j'ai vu que tout le monde était arrivé, j'me suis dit : pourquoi continuer ?

Cesser pour ne plus s'exposer, choisir le repli comme ultime protection ou devenir serviable, obéissant, bon camarade, toutes les stratégies d'adaptation sont mises en œuvre pour se faire accepter à défaut d'être respecté. Le « débiteur » restera ainsi car le fossé ne peut se combler. Seuls certains sports de force permettent l'intégration des enfants « gros », le poids assurant une plus-value sportive individuelle ou collective (les sports de combat du fait des catégories de poids, l'haltérophilie, les lancers en athlétisme, le rugby). L'augmentation de la masse musculaire en cas d'obésité est un gain de force, ce qui explique la performance dans ces disciplines sportives.

Pour comprendre l'hétérogénéité des réponses relatives au vécu du regard des autres, il faut s'appuyer sur le travail de C. Fischler qui, dans un article, fait la remarque liminaire suivante : *« Comment évoquer cette contradiction apparente entre la sympathie apparemment évoquée souvent par les gros et le refus quasi phobique qui semble se manifester par ailleurs, aujourd'hui particulièrement, de la graisse ? (…) Ainsi aimons-nous les gros ou les haïssons-nous ? »*[2]. L'auteur considère que *« nous les soupçonnons ! »*

De quoi les soupçonnons-nous ? Le corps est le reflet symbolique et visible de la part que nous nous attribuons de la nourriture et des richesses sociales. Ce qui fait dire à un patient qui souffre d'une obésité sévère (IMC 35) :

- *(H7)* Je n'aime pas l'image du gros. C'est celle de celui qui profite, de celui qui amasse. (…) *À* tel point que quand je croise un gros dans la rue, ça me dégoûte.

---

1 Lesne E. (1998). *Papa, Maman, on m'a traité de gros*. Ed. Albin Michel. p. 24.

2 Fischler C. (1993). « Obèse bénin, obèse malin. Le mangeur ». *La revue Autrement*. N°138. p. 85

Pour C. Fischler, le corps obèse fait rupture avec le lien social du partage. Mais la possibilité est offerte aux « gros » s'ils ne peuvent maigrir – symboliquement restituer le trop plein – de se plier au rôle qui leur est assigné :

- *(F6)* Bonne poire, à accepter tout et n'importe quoi. C'est tout le temps se mettre dans un coin, en attendant que ça passe.

Il se constitue un statut de « débiteur » vis-à-vis du collectif. Il convient que la personne obèse restitue ce « plus que sa part » pour être classée parmi les « bons gros » (« obèses bénins »).

Samira illustre parfaitement l'idée du « plus que sa part » :

- *(F21)* J'absorbe tout et ne restitue rien. De même, j'absorbe les calories et je ne les restitue pas. Elles constituent des réserves indispensables. (…) Personne ne dit que je suis grasse. Non, je suis costaude. Voilà, ce qu'ils disent, les autres.

À l'inverse, l'absence de contrition sociale de la part d'une personne en obésité la maintient dans la situation de « mauvais gros », « d'obèse malin », à l'origine d'une stigmatisation maximum.

La réversion n'a pas que valeur d'échange, elle a valeur de réparation. Elle n'est pas définitive mais renouvelée dans un rapport social qui se rejoue chaque fois, à l'image des Danaïdes contraintes à remplir des jarres percées. Cate, le personnage principal de *Moi, la grosse*, témoigne à propos de la dette, en constatant qu'elle n'avait pas les compétences requises pour faire partie du club des autres : *« Grosse, pas jolie pour un sou, timide et peu bavarde. Immédiatement mise à l'écart, je souffrais de n'avoir pour qualités que mes excellentes notes et mon sens aigu des responsabilités : c'étaient là deux moyens de paiement que les jeunes de mon âge n'acceptaient pas »*[1].

Deux stéréotypes cohabitent ainsi, celui d'obèse « bénin », adapté aux rôles qu'on lui assigne, et celui de l'obèse « malin », rétif à ces rôles. Selon les circonstances, *le* comportement de la personne en obésité sera l'un ou l'autre, rarement toujours l'un ou toujours l'autre.

Une ambivalence entre compassion et culpabilisation contraint la personne en obésité à une adaptation permanente. Comment faire pour conserver la perception de son unité personnelle face à des projections extérieures censées vous représenter mais que vous ne pouvez faire vôtres ?

1 Cellini M. (2015). *Moi, la grosse*. Paris, éd. Presses de la Cité, p. 50.

4. Les patients et le regard des médecins sur leur corps

Que supposent les patients du regard que portent les médecins sur leur corps ? Serait-il de même nature que celui du quidam de la rue ? Les patients en obésité ont-ils des réticences à se déshabiller devant leur médecin ? Les personnes assument-elles leurs rondeurs lorsqu'il s'agit de s'exposer au regard du médecin ?

La plupart des personnes interrogées, même si l'expérience n'est pas naturelle, ne disent pas ressentir de gêne au fait de se déshabiller devant leur médecin.

Pour certains patients, le regard médical serait ou devrait être exempt de jugement :

- *(F8)* C'est médical (…), ils ont pas à juger. Après s'ils jugent, ils vont pas forcément le dire.

Ceci ne se fait pas toujours sans gêne de se déshabiller :

- *(F6)* Non pas plus que ça, Enfin je préfère rester en slip et en soutien-gorge. Chez le gynéco comme ça, c'est plus, voilà. En slip et en soutien-gorge, non, ça va.

Ou bien, ils comparent leur corps à d'autres dont l'esthétique serait également discutable à leurs yeux :

- *(F3)* Les naturistes sur la plage, ils sont pas toujours très beaux, la plupart sont vraiment vilains.
- *(F4)* Des corps de 75 ans c'est pas forcément très glamour non plus.

L'idée que les médecins puissent avoir un regard lisse sur le corps, sans aucune perception esthétique, sans préjugés, est une spéculation n'ayant pour fondement que l'idée protectrice de l'absence de jugement inhérente à la fonction.

Parmi les patients, deux se sont clairement exprimés par des opinions tranchées et contraires. Les premiers ne se figurent pas que les médecins ont une représentation de l'obésité, et de leurs patients en surpoids, bien différente de celle de la population générale :

- *(H2)* Identique aux communs des mortels (…), c'est un avis négatif.
- *(F14)* Il va dire : elle est grosse, donc tout les maux qu'elle a, c'est parce qu'elle est grosse. C'est un médecin qui connaît pas son métier parce que le médecin qui vous dit : « Vous êtes grosse parce que vous mangez trop », c'est une connerie, voilà.
- *(F7)* On a l'impression que les personnes obèses, c'est une grosse parenthèses, on les colle toutes là dedans. Et non, chaque personne est différente, c'est pas parce qu'elle est obèse, qu'elle n'a plus de sensibilité, qu'elle n'a pas d'angoisse, de remords d'être grosse.

Point de doute ni d'illusion, le médecin est une personne ordinaire qui se saisit des mêmes valeurs que le quidam. Les patients ne lui accordent pas plus de crédit.

À l'opposé, certaines personnes veulent croire que le regard du médecin est différent. Il l'est peut-être par devoir, du fait de sa fonction, mais aussi par réelle compassion. L'obésité, si elle est abordée, est signe d'intérêt et de respect.

> • *(F8)* Ça veut dire qu'il s'intéresse à mon cas, je suis quand même au-delà d'une patiente, peut être une personne (…). Sur le coup, ça me prend la tête mais après je me dis : « Il a raison. Pour lui je suis quand même quelqu'un, je suis pas un numéro quoi ».

Le médecin c'est :

> • *(F14)* Celui qui va donner les réalités, qui va essayer de s'adapter. – *(F5)* Il doit alerter. – *(F6)* Il doit avoir une éthique.

Confiance ou illusion, avis désabusé, incertitude : les patients sont divisés sur ce qu'il supposent du regard que les médecins portent sur leur corps. Nous verrons en abordant la perception du corps des patients en obésité ce qu'il en est réellement du regard des médecins.

5. Le regard social : une confrontation à la norme

La catégorisation est un des mécanismes de la stigmatisation. Nous avons vu qu'elle a comme effet le regroupement des objets ou des individus selon des normes. Elle organise la pensée et, en conséquence, le regard social. C'est ainsi qu'Éliane dresse le portrait robot d'une norme :

> • *(F24)* Il ne suffit pas qu'il existe, encore faut-il qu'il réponde à des critères précis : pas trop petit, pas trop grand. Le corps doit mesurer sept fois la tête, pour avoir les justes proportions, d'après ce qu'on dit. Une taille fine, un ventre plat, des fesses hautes, des cuisses longues, sans cellulite, une poitrine ronde et ferme. Mais aussi une peau lisse, sans rides, sans acné. Des dents blanches, bien alignées, des cheveux souples et brillants. Des lèvres pulpeuses. Des yeux pas trop rapprochés, des longs cils. Des mains fines, des ongles durs et bien limés.

Si la norme n'est jamais très éloignée de la préoccupation des personnes, nous trouvons des positions excentriques qui échappent au diktat de l'idéal du corps. C'est ainsi que cette femme qui s'interroge sur l'idée même du « trop » :

> • *(F40)* Pourquoi voulez-vous que je me trouve trop grosse, trop vieille, trop moche ? Je me trouve telle que je suis.

Mais se revendiquer à être ce que l'on est suffit-il à faciliter la relation à l'autre ? C'est au moins l'assurance de ne pas souffrir puisque l'obésité n'est pas considérée comme un obstacle, une dette préalable à compenser. Pour autant, la catégorisation ne relève pas de soi mais des autres et c'est précisément parce qu'elle nous échappe qu'elle peut générer de la souffrance : « *Nous, nous sommes des obèses. Et l'obésité ce n'est pas une catégorie parmi d'autres, ce n'est pas un critère pour classer les gens ; ça sert à distinguer les per-*

sonnes des non-personnes »[1]. Nous retrouvons « *le pas tout à fait humain* » dont parle E. Goffman lorsqu'il envisage les effets du stigmate.

L'impossibilité d'être classé parmi les personnes apporte quelques compensations défensives : « *Le corps obèse est en effet à considérer sur un double versant : il surexpose le patient au regard, en même temps qu'il l'en protège, en enfouissant, au propre comme au figuré, l'intimité du sujet* »[2].

La conformité du corps à son idéal amène les personnes qui considèrent leur corps en désaccord avec la norme à faire un régime. L'idéal de minceur n'est pas absent de leur démarche, les questions de santé et de confort quotidien viennent enrichir et complexifier les comportements dont les tenants sont le poids, l'idéal du poids, le régime pour perdre du poids, la menace et le handicap lié au poids. Le maillage entre ces composantes est variable selon le sujet, mais aussi selon la pression exercée par son milieu social et professionnel. La mise en conformité du corps est influencée par les déterminants sociaux.

À la question de son vécu corporel, une patiente répond :

- *(F7)* Pas trop mal. Je me suis récupérée 42-43 kilos qui ne m'appartiennent pas.

Nous avons déjà rencontré ce mécanisme dissociatif entre l'être et son enveloppe corporelle. Tout se passe comme si le sujet n'était pas le propriétaire de son corps mais seulement le locataire. Il ne s'attribue pas l'enveloppe pour décliner son identité.

Si la gêne fonctionnelle n'est pas trop importante, comme dans ce cas, la personne relativise son vécu :

- *(F5)* Pas trop mal, j'ai pas de problème avec mon poids.

Cela n'obère pas le désir de tendre vers la norme mais soulage la patiente des injonctions médicales et sociales à la perte de poids. La confrontation à la norme pondérale crée le statut de « gros » ou de « grosse ». En conséquence, le sujet pourra se trouver réduit à une métaphore de lui-même : le maigre, le gros, le mince, l'obèse. Cette réduction ainsi opérée est source de malaise.

- *(F51)* Alors mon fils ça allait, il ne me disait rien, mais j'avais l'impression que les gens me dévisageaient, je passais pour la grosse, je n'étais pas bien dans mon corps.

D. Le Breton écrit : « *Dans les sociétés individualistes le corps est un interrupteur, il marque les limites de la personne, c'est-à-dire là où commence et s'achève un indivi-*

---

1 Cellini M. (2015). *Op. cit.* p. 21.

2 Malka J., Duverger P. (2014). « Le poids des mots » in *le poids du corps à l'adolescence*. Ed. Albin Michel. p.192.

du »[1]. Une double question se pose à ce propos. La première touche à l'espace, l'encombrement de l'espace, la seconde à la perception réelle des limites de son corps, lorsqu'on souffre d'obésité. Une ambiguïté peut surgir dans la rencontre avec l'autre. S'il me reconnaît comme « gros » alors que moi-même je ne me reconnais pas comme tel, suis-je en capacité d'être dans une relation de bonne proximité ? Puis-je facilement entrer en relation avec l'autre si je n'occupe pas, de façon délibérée ou pas, la place qu'il m'assigne pour être son interlocuteur du moment ? La question a d'autant plus d'acuité lorsqu'il s'agit de revoir quelqu'un qui nous a connu différent en terme de corpulence. Il existait une « mise en place » (à sa juste place) des deux interlocuteurs qui peut être *chamboulée* du fait de l'obésité nouvelle de l'un des deux.

- *(H13)* C'est un peu gênant, surtout les gens qui m'ont connu mince maintenant ils me voient et me disent « Qu'est-ce que t'as grossi, mon pauvre vieux ! ».

Si le corps obèse est une charge physique, il peut constituer un fardeau social, jusqu'à fantasmer le corps sans corps dont parlait M. Foucault. Son évanescence faciliterait-elle la relation à autrui ?

- *(F24)* Je comprends les anorexiques qui essaient d'être sans forme. Nous sommes, non seulement, esclaves de ce corps lent, lourd et compact, avec une mobilité très limitée, mais aussi esclaves de son image.

Alors comment faire pour être l'« *ami de soi-même* »[2] afin de conserver l'authenticité et la plénitude de la relation à autrui ? La quiétude nécessaire à la qualité des échanges repose sur l'estime de soi. Condition qui n'est pas toujours au rendez-vous chez les patients en obésité :

- *(F16)* Je sais, il faut que je m'estime un peu pour accepter l'autre.
- *(F36)* Vous tâchez de me motiver. Vous me demandez d'avoir un projet. Mais sachez que vous parlez à une foule en colère, qui ne veut pas la paix. Ni de l'âme, ni du corps.

La question de la séduction est au cœur de la relation à l'autre. Au minimum, il s'agit se rendre agréable. Pour autant il plane de l'incertitude sur la possibilité d'y parvenir. Une échappatoire serait d'affirmer que la séduction se situerait dans les valeurs de l'esprit :

- *(F3)* Oh, bah ! Moche, franchement oui. Enfin à 70 ans, honnêtement. (…) Je ne suis pas là pour plaire, je préfère plaire pour ce que j'ai dans la tête.

---

1 Le Breton D. (2002). *Op.cit*. p. 34

2 Terme emprunté à Hécaton, philosophe stoïcien, cité par Sénèque dans ses *Lettres à Lucilius*. Il se donnait comme objectif d'apprendre une chose par jour. Sénèque le cite pour avoir opposé une résistance passive à l'envahisseur de sa ville. Alors qu'il était prisonnier, fidèle à ses convictions face au vainqueur qui le raillait sur ce qu'il avait bien pu apprendre ce jour là, Hécaton répondit : « *Aujourd'hui, j'ai appris à être l'ami de moi-même* ».

> *Et à propos de la chirurgie :* Les nanas qui veulent paraître jeunes, qui se font refaire, moi je trouve ça pathétique.

6. *Le regard après une chirurgie bariatrique*

L'émergence de la chirurgie de l'obésité a modifié profondément le pronostic des obésités les plus graves. Si les améliorations somatiques et de la qualité de vie sont indéniables, elle suscite des questions sur les perturbations de l'image corporelle après un amaigrissement massif.

Après la chirurgie, le schéma corporel évolue pour deux raisons : une récupération d'un potentiel de déambulation avec des sensations kinesthésiques et cinesthésiques différentes, et une perception perturbée des nouveaux contours du corps dans l'espace. Ce phénomène a pour conséquences une inadéquation des déplacements du corps entre des obstacles, par exemple, se glisser entre deux tables, l'ancienne mémorisation de l'impossibilité de le faire n'est pas modifiée au profit de la nouvelle corpulence qui autorise cette manœuvre. La réappropriation du corps réel est progressive : « *Au fur et à mesure que les kilos fondent, certains gestes, certains mouvements jadis entravés par l'excès de graisse redeviennent possibles : se plier en deux, se baisser, s'accroupir, s'asseoir en tailleur, croiser les jambes. Diverses parties du corps devenues accessibles, tant à la vue qu'au toucher, renaissent à la vie et sont réintégrées dans l'image du corps* »[3].

C'est surtout l'image corporelle qui est impactée par l'amaigrissement rapide après chirurgie. La perturbation du regard a deux raisons : l'ampleur de la perte de poids, la célérité de cette perte. Le temps d'adaptation à la modification de corpulence est trop court, le sujet constate la perte de poids sans pouvoir l'intégrer aussi vite. Ceci n'est pas l'essentiel de la perturbation. L'enveloppe cutanée est comme déshabitée : « *Pour certains, le corps semble flotter dans une enveloppe de peau devenue trop grande pour eux* »[4]. La fonte de la masse grasse est à l'origine de multiples plis et d'affaissements cutanés. Si la chirurgie affine la silhouette, elle peut être redoutée lorsqu'il s'agit de se regarder nu et en pied.

- *(F5)* J'ai peur du changement, mon changement de corps, de mon enveloppe. (…) Je n'ai pas envie de ressembler à un shar pei[5].
- *(F14)* La seule fois où mon corps m'a vraiment dérangé, c'est quand j'ai fais 144 kg. J'ai perdu 52 kg en 11 mois. La peau, ça, je ne supportais pas.

---

3 Quintilla B. (2015). « Le corps obèse/corps signifiant. Au cours de l'amaigrissement ». *Diabète et Obésité*, mai-juin 2015, vol. 10, n° 89, p. 140.

4 *Ibid*. p. 142.

5 Chien d'origine chinoise au corps plissé, jadis utilisé comme chien de combat.

Certes, la chirurgie esthétique peut secondairement réparer une partie de ces conséquences, mais tous les patients sont confrontés à cette transformation de l'image spéculaire. Il s'opère un schisme entre le corps réel et le corps fantasmé. L'idéalisation d'un corps amaigri est confrontée à la réalité d'un corps abîmé. Afin d'espérer une réhabilitation du corps réel, il conviendra que le patient passe par un processus de symbolisation « *après s'être séparé du signifiant "corps gros"* »[1]. C'est à ce prix qu'un nouveau signifiant peut s'instaurer permettant la construction d'une nouvelle image mentale du corps tel qu'il est devenu.

À propos de la chirurgie bariatrique, les patients expriment leur peur :

- *(H4)* Je trouve ça très dangereux.
- *(H3)* Ça peut effrayer, parce que la chirurgie c'est pas très rassurant.
- *(F1)* J'aurais bien fait l'anneau, mais je suis plutôt du genre trouillard.
- *(F2)* Y'a une copine à ma fille qui a l'anneau, et puis elle est handicapée maintenant. Je n'aime pas le bistouri. Jouer avec mon corps, j'aime pas ça.

Un homme particulièrement gros, fait une analogie avec les rescapés des camps de la dernière guerre :

- *(H5)* Quand on voit l'état des malheureux qui rentraient d'Allemagne après la guerre. Je voyais des phots de mon père justement, qui n'était pas parti particulièrement gros et qui est rentré très, très maigre. *Après avoir dit :* Je ne vais me faire éventrer pour me faire réduire l'estomac de 50 %

Une femme est effrayée à l'idée de la chirurgie :

- *(F5)* Les gens qui mettent un anneau gastrique, je trouve ça hyper violent pour le corps.

Outre les peurs et le sentiment de violence se posent, pour les patients, les contraintes de suivi et les risques de désocialisation :

- *(F5)* J'ai peur du changement, mon changement de corps, de mon enveloppe. J'ai peur de ce changement rapide. Suivi avant, pendant, après. Je ne vais pas me désocialiser en mangeant deux cerises et un petit morceau de fromage.

Une patiente trouve que l'approche chirurgicale c'est bien, mais pas pour elle, en revanche elle cite son mari comme pouvant en être bénéficiaire. Elle enchaîne :

- *(F7)* C'est tellement rigoureux. Après, il faut vraiment avoir une hygiène de vie irréprochable, il faut vraiment prendre les quantités qu'on dit, faut pas dépasser.

---

1 Quintilla B. (2015). *Op. cit.* p. 142.

Ces témoignages ne reflètent que le ressenti de patients qui ne se sont pas fait opérer. Nous ne savons pas ce qu'en diraient des personnes opérées. Il se dégage de ces entretiens des éléments ayant trait à la peur de la chirurgie, et d'autres en relation avec le devenir physique, mais aussi en terme de restriction alimentaire définitive. Nous voyons pointer ici l'ambivalence du rapport à la nourriture chez les personnes en obésité.

B. Les comportements d'adaptation

Face aux effets répétés des discriminations sociales négatives, quelles soient orales ou d'attitude, les personnes en obésité, comme toutes les personnes stigmatisées, comme l'a montré E. Goffman, développent des stratégies adaptatives afin de faire face à l'hostilité environnementale. Cette hostilité n'est pas toujours manifeste, mais n'empêche pas les comportements d'anticipation défensive.

1. Les stratégies défensives et offensives

a) Le bouclier de l'indifférence

Avec le temps, une certaine indifférence peut se mettre en place. Les patients relatent les difficultés du début puis s'installe une distanciation protectrice. La répétition des expériences, vécues comme une agression, favorisent une mise à distance à l'image d'un bouclier protecteur.

- *(H6)* J'en ai rien à foutre, je suis comme je suis.
- *(F3)* Je ne le vis pas, je m'en fous du regard des autres, moi c'est : je vis ma vie.
- *(F13)* Je ne m'en rends plus trop compte. J'avoue que la maternité a changé mon rapport au corps. Je suis moins sensible au regard des autres.
- *(H4)* Oh ! Le regard des autres m'est complètement indifférent. Il l'a peut être été dans le passé quand j'étais dans l'adolescence, de 13-15 ans. C'est pas très agréable d'être le plus gros de la classe.
- *(F8)* J'y fais pas trop attention, ça m'a gênée une ou deux fois quand j'étais plus jeune, mais je m'arrête pas à ça quoi.
- *(H2)* Je m'en fous complètement. Ça m'a gêné une fois ; une femme m'a fait : « Oh ! mon salaud, qu'est-ce que tu as grossi ».

Ou bien s'instaure une banalisation. La répétition de l'expérience favorise une forme de mithridatisation défensive :

- *(F4)* Je suis habituée au regard des autres, parce que même à 85 kg, vous l'avez le regard des autres.

Mais la carapace peut être friable et, dans ce cas, le malaise affleure si l'on s'affronte aux attendus sociétaux :

- *(H6)* C'est vrai qu'on a quand même dans la société une sorte d'idéal masculin et, du coup, je me dis que parfois je sens pas forcément très bien le regard des autres.

Ce qui ressort de l'ensemble des entretiens par rapport au regard des autres, c'est une attitude assez commune d'indifférence, attitude qui semble s'être construite à mesure du temps, sans toutefois mettre à l'abri de quelques résurgences douloureuses. Une mise à distance salvatrice comme un « floutage » du regard des autres apparaît pour se prémunir d'un surcroît de souffrance.

b) L'affûtage des armes et l'agression

Rares sont les patients qui ont opté pour l'agressivité afin se défendre des quolibets ou des remarques désobligeantes. Il s'agit, le plus souvent, de réactions ponctuelles, non pas d'un système organisé de défense. Elles peuvent prendre des formes variées :

- *(F1)* Des fois on me disait : « Oh ! La petite grosse ». Alors je me retournais et je disais : « Je t'emmerde, et puis c'est tout ».

La radicalisation du propos témoigne du degré d'exaspération : « *Chez moi, gueuler c'est mon moteur* ». Parfois le mode de défense est plus naïf. Ce patient, émigré, âgé de 56 ans et pesant 138 kg, souffre des moqueries des enfants :

- *(H1)* Y'en a des personnes qui dit : regarde le monsieur gros, tout ça. Après, moi je m'énerve, après ça va pour moi. *Il ressent l'injustice en se justifiant :* Ça c'est maladie, c'est pas moi qui voulais être comme ça.

La réplique cinglante est rare, elle traduit le refus de la dette symbolique. Au cours des entretiens, on relève davantage une attitude de repli, une adaptation à un environnement de plaisanteries que les patients jugent souvent douteuses. Fatalisme et renoncement, tolérance, indifférence feinte ou réelle sont les attitudes les plus communes. Le stéréotype du « bon gros » domine et facilite, par l'entremise du remboursement de la dette, l'intégration communautaire des personnes en obésité.

c) Le porte-parole et la défense de la cause

L'une des postures possibles du stigmatisé est de transformer son stigmate en cause. Il s'agit alors de porter au débat public les difficultés rencontrées. C'est le propre des forums sur internet et des associations de défense des obèses. Le mouvement permet de rompre avec l'isolement dans son stigmate et donne matière à échanger. Sur les sites, tout comme auparavant par les livres, « *on y consigne les atrocités récentes ou historiques, commises par des normaux persécuteurs. On y présente des récits exemplaires, biogra-*

phiques ou autobiographiques, destinés à illustrer un code de conduite qui convienne moralement aux stigmatisés »[1]. Le partage sur la toile permet, outre la reconnaissance individuelle au travers la narration de son expérience de vie, une conjuration collective vis-à-vis du groupe stigmatisant.

« *(12/2006) Je pense* à *toutes ces personnes qui me dévisagent à chaque fois qu'elles me voient, je pense à tous ces gars qui préfèrent me considérer comme un des leurs plutôt que comme une fille semblable à celles qui à leurs yeux répondent aux bons critères de beauté, je pense aux séances de torture que me fait subir ma mère dans les magasins de vêtements* ».

« *29/04/11. Je ne suis pas, à proprement parler, obèse, je suis juste à la limite entre le surpoids important et l'obésité, mais je connais cette honte, qui me pousse à ne plus réussir à manger en public* ».

Témoignages qui ravivent des souvenirs chez d'autres qui luttent pour résister, et qui favorisent les soutiens par leurs conseils ou leur exemple :

« *15/11/13. Il faudrait que tu t'en occupes de ce corps, que tu lui apportes de l'attention et que tu développes ta bienveillance, comme si c'était un petit enfant, ou un ami précieux qui a besoin de toi* ».

« *01/2013 Je m'en fous complètement des critiques et des remarque du genre « t'es une grosse vache» etc. J'en ai tellement entendu que ça me fait plus rien* ».

« *11/2009. Parce que c'est mon rêve et que j'ai besoin qu'il se réalise... Parce que j'ai besoin de changer physiquement... Parce que tout ira mieux ensuite...* **»**

Se retrouver dans l'autre, par l'autre est une des fonctions des échanges sur internet. Rompre avec la solitude, se dénombrer. Nous trouvons ici la fonction du groupe centré sur des expériences communes fédératrices.

Les associations ont vocation à porter à la conscience collective les particularités de vivre avec un excès de poids[2]. Il s'agit de faire œuvre pédagogique afin de modifier les préjugés. Elles ont souvent comme objectif la lutte contre la discrimination et promeuvent diverses informations d'aide aux personnes de forte corpulence. De nombreuses initiatives s'inscrivent dans ce mouvement de lutte : défilés de mode pour les rondes[3], compagnies théâtrales, affiches publicitaires, plaintes en justice chaque fois que la loi est enfreinte du fait du stigmate.

---

1 *Ibid*. p. 38.

2 Aux États-Unis, de nombreuses associations se sont inscrites dans un courant de protestation contre les discriminations mais aussi d'acceptation de sa différence, la *size acceptance*.

3 1990 : premier défilé de mode à la Cigale à l'initiative d'Anne Zamberlan co-fondadrice d'*Allegro Fortissimo*. Élection de « Miss Gordita » au Paraguay qui compte 40% d'adultes en obésité (reportage dans *L'effet papillon*. Canal +, le 30 mai 2015)

d) L'adhésion surjouée du stéréotype

Une autre possibilité pour se faire accepter est de surjouer le stigmate au travers d'un stéréotype. Le rôle que la personne en obésité doit jouer est amplifié de telle sorte à s'assurer l'intégration dans le groupe des normaux. La jovialité, le bon coup de fourchette, la meilleure copine, l'alacrité sans faille vont permettre de garantir la place du sujet en obésité au sein du groupe social. L'adhésion au stéréotype renforce ce dernier puisque le comportement d'adaptation se répète en conformité avec ce que l'on attend.

La proximité supposée avec la personne en obésité permet à des interlocuteurs à s'autoriser une familiarité avec elle pour autant qu'on lui manifeste sa compréhension :

- *(F1) (D'une collègue de travail, à la piscine)* « C'est marrant que vous ayez peur de couler, vous devriez flotter avec votre poids. »

Ou encore, de façon humoristique, mais peut-être sarcastique :

- *(F2)* Il y a beaucoup de personnes qui m'embêtaient avec ma graisse, ils me disaient que j'avais un tablier devant moi. (…) Ils me disaient que je n'avait pas besoin d'acheter un tablier parce que j'en avais déjà un.

Tout se passe comme si le stigmate était un objet extérieur au sujet, dont chacun pouvait s'emparer afin d'en rire. En conséquence, l'objet de la risée et de la dérision ne peut être blessant pour l'autre parce qu'il est censé n'appartenir à personne. La personne en obésité n'est pas dupe du clivage ainsi opéré.

2. La question du vestimentaire ou la confiscation du modèle

Le vêtement est au centre du débat de la séduction. Il est inutile de souligner sa place dans le rapport à l'autre, de nombreux ouvrages ont abordé la question du costume et témoignent du caractère ancestral de leur lien. Il faut noter l'usage de la taille (le 38 étant la plus prototypique) afin de se désigner comme proche ou éloigné d'un canon. Toute taille gagnée ou perdue suscite satisfaction ou déception.

Une marque américaine, lors de l'ouverture de son magasin parisien, avait choisi ses vendeuses et vendeurs selon des critères de morphotype précis, écartant toutes les prétentions des personnes en surpoids. Par ailleurs, le magasin avait délibérément limité les tailles afin de rendre inaccessible leurs produits à des clients ou clientes qui ne correspondaient pas aux critères de minceur. La discrimination affichée avait suscité une campagne d'indignation[1].

1 Le 28 avril 2015 par Audrey Vandeputte avec *AFP/Relaxnews*. La marque branchée de prêt-à-porter américaine Abercrombie & Fitch devant laquelle les ados font la queue dans l'espoir de se faire prendre en photo avec un de ces vendeurs au torse nu et sculptural, vient d'annoncer dans un communiqué ne plus recruter de vendeurs sur la base de leur apparence physique. La nouvelle stratégie marketing intervient au moment où Abercrombie a vu son image ternie par les déclarations controversées de son ex-PDG, qui avait

Le prototype du corps standardisé fait que les femmes sont *« devenues les victimes de la trompeuse "vision unique", ce "prêt à voir" étroit des faiseurs de mode misogynes »*[1]. À l'extrême de la hiérarchie, se trouvent les mannequins dont la quête de maigreur conduit parfois à des situations dramatiques. Des mesures récentes dans plusieurs pays ont interdit le défilé sur des podiums de jeunes femmes dont l'IMC est inférieur à 18[2].

Les patientes nous parlent des difficultés qu'elles ont à satisfaire leur plaisir à s'habiller. Après les risques pour leur santé, la difficulté du vestimentaire est la deuxième raison que les femmes invoquent. Beaucoup disent être limitées dans le choix. Une femme raconte son soulagement après la chirurgie bariatrique :

- *(F42)* J'étais obligée d'acheter des quatre mètres cinquante, des cinq mètres de tissus pour pouvoir me faire un kaftan alors qu'aujourd'hui, bah ! Je me l'achète prêt. Rien que ça c'est un plaisir ! Pareil les chaussures, j'avais des pieds gros comme ça, gonflés avec des œdèmes, j'allais au 42 ! Là je peux trouver ce que j'ai envie. ça change la vie !

Une patiente de 59 ans, travaillant dans le prêt à porter féminin, se confronte chaque jour à ses difficultés vestimentaires :

- *(F54)* Je ne me sens pas bien. J'aimerais bien pouvoir mettre des tenues sympas sans avoir de ventre ou des fesses énormes.

Un homme se juge et regarde les « gros », non sans une certaine misogynie, en déclarant :

- *(H13)* Vous savez moi j'ai toujours bien aimé m'habiller, être beau. C'est pas très beau le ventre et tout. Je ne peux pas mettre de chemise, de cravate, c'est pas très élégant. Je ne peux plus être coquet. (…) Quand je me balade dans la rue, je trouve que les gens sont de plus en plus gros. Les garçon ça va encore, mais les filles c'est de pire en pire.

Les difficultés du vestimentaire ne sont pas nouvelles puisque H. Béraud en 1922 a *écrit : « Le salon d'essayage ! Ah ! La belle invention, avec ses psychés et ses lumière crues, qui ne ménagent aucune illusion, qui étalent aux yeux du patient consterné ce qu'il feint de ne plus voir depuis des semaines ou des mois »*[3].

À nouveau, se retrouve la confrontation redoutée à l'image de soi dans le miroir. Il arrive que l'achat de vêtements procède du seul besoin aux dépens de l'envie ou du plaisir :

- *(F13)* Alors les achats d'habits, ça c'est toujours un moment pénible (…) C'est plutôt que c'est douloureux.

---

provoqué un tollé en expliquant que les vêtements de son groupe n'étaient pas pour les « gros ».

1 De Rancourt A. (2007). *Je suis ronde et j'aime ça !* Paris, éd. Chiflet & Cie, p. 21

2 L'Espagne en 2006, l'Italie en 2007 et la Belgique en 2008 sont parmi les premiers pays à avoir réglementé l'accès au podium pour des mannequins dont l'IMC est inférieure à 18. La France n'a pas fait de choix sur ce point.

3 Beraud H. (1922). *Le martyre de l'obèse*. Paris, éd. Albin Michel, p. 47

- *(F6)* Les grandes tailles, ce que je déteste c'est que ça fait systématiquement mémère.
- *(H6)* Il y a des choses que vous ne pouvez vraiment pas mettre. Vous prenez le bonhomme Michelin, c'est la même chose.
- *(F10)* J'essaye de porter des vêtements plus ample pour camoufler.
- *(H2)* Parce que ça fait gros, c'est pas beau.

Les hommes aussi accordent de l'importance à leur capacité de séduction ; leur discours ne diffère pas de celui des femmes. En revanche, l'argument est absent du discours des médecins quand ils nous parlent des motivations qu'auraient les hommes pour perdre du poids.

Un patient relate sa façon de s'habiller et évoque son pouvoir de séduction qui s'est émoussé au cours du temps à proportion de sa prise de poids :

- *(H5)* J'ai toujours bien aimé m'habiller, être beau. Je ne peux plus être coquet ! (…) J'ai connu des filles qui étaient mignonnes, des jeunettes, maintenant je suis un gros pépère quoi !

Accepter la réalité de son corps, même le juger :

- *(H5)* Un peu disgracieux quand même.

ou bien ne pas se voir, ne pas croire à ce que le miroir renvoie :

- *(F52)* Peut-être parce que j'ai un poids idéal dans ma tête et il n'y a jamais la rencontre entre mon poids réel et le poids que j'aimerais avoir.

ou renoncer :

- *(F30)* Je n'achète plus de vêtements, l'épreuve est trop grande. Quand j'entrais dans une boutique de mode, l'accueil condescendant et hypocrite des vendeuses me meurtrissait d'emblée. Les tailles annoncées, quand elles existaient, finissaient de m'achever.

Voilà des armes bien insuffisantes tant il est vrai que le désarroi est grand à entendre ces patients. Le réel ne reste pas longtemps éloigné de la conscience de sa corpulence :

- *(F2)* Je ne mets pas de robe, mon ventre avec la robe ça n'irait pas. Quand je regarde dans le miroir je dis : oh là, là ! Mon ventre, ça reste toujours gros.

Dans ces témoignages, hommes et femmes disent la même chose quant à leurs difficultés d'adapter leur corpulence aux codes vestimentaires dominants. Subterfuges, renoncements, agacements : la palette des ressentis est multiple.

Le diktat de la mode, incarné par le modèle, se télescope avec celui de l'idéal du corps. L'esthétique et l'attrait du paraître se confondent pour élire ou exclure les sujets au panthéon de l'élégance et de la séduction vestimentaire. Quelle place peuvent s'accorder les personnes en obésité dans ce jeu des apparences ?

3. Le corps obèse et le désir

La séduction est l'amorce du désir. Nous avons vu combien la question de la séduction restait problématique même dans la construction d'un paraître au travers du vêtement. Que disent les patients sur leur corps et le désir de l'autre ?

Ce jeune homme évoque ses difficultés et ses doutes face au peu d'attirance qu'il semble susciter auprès des femmes :

- *(H14)* J'ai plein d'amies filles mais je sais pas, elles ne veulent pas plus quoi.

Plusieurs enquêtes montrent qu'il n'y a pas de différence de sexualité chez les personnes en fonction de leur corpulence. Dans l'imaginaire, la question ne s'organise pas de la même façon. Au même titre que le vieillissement fait obstacle progressivement à l'idée d'une sexualité possible et épanouie, le poids vient en barrer la représentation. Le corps obèse ne s'imagine pas, pour le plus grand nombre, comme objet de désir.

Les personnes en obésité peuvent aussi ne pas se sentir objet de désir et éprouver des doutes sur leur capacité de séduction :

- *(F4)* Dans ma tête, si quelqu'un me dragues, soit ça sera pour me faire du mal, dans le sens où on vous fait croire qu'il va se passer quelque chose, et puis après c'est…voilà. Soit ça sera quelqu'un qui aura, pas une déviance, un côté un peu pas normal.

Ce sentiment peut être d'autant plus fort qu'elles lisent ce qui s'écrit sur internet. À titre d'exemple, deux interventions lues sur des forums dont le thème était obésité et séduction, une femme voulant perdre du poids et un homme faisant un commentaire général :

« *17/08/15. Je me suis dit que je pourrais peut-être repartir à zéro et qui sait «avoir un amoureux»* »

« *1/05/08. Si je prends le cas d'une fille obèse, premièrement, cela signifie pour moi qu'elle n'est pas sexy, donc elle ne me fait pas envie sexuellement* ».

Sur les sites, les échanges sur la séduction sont peu nombreux, la libido et les relations sexuelles occupent davantage l'espace numérique. Il apparaît sur ces deux points qu'il n'y a pas de difficultés particulières en dehors des positions corporelles au moment des rapports sexuels. Les personnes en obésité importante se trouvent contraintes de composer avec leur corpulence.

a) Les confins du poids et de l'âge

Alors que le corps est exalté, au même titre que la jeunesse, nous risquons d'avancer que l'idéologie du « jeunisme » et son corollaire, le dégoût du vieillard, constituent l'axe

d'un même processus de représentations. Toutes les manifestations de dégradation du corps peuvent aboutir à des formes plus ou moins exacerbées de stigmatisation. Le corps vieillissant, nous l'avons vu avec la possibilité d'être seins nus sur la plage, ne peut ou ne doit pas être exposé.

Rares sont les publicités où un corps vieilli est proposé au regard public. « *Si dans sa jeunesse, le corps féminin est érotisé, esthétisé, objet de séduction et de désir, dans la vieillesse, il devient répugnant et objet de dégoût* »[1].

Le corps hors-norme, obèse ou vieilli, est caché, non pas pour ce qu'il est, mais pour ce qu'il suppose du point de vue fantasmatique, le risque de ce que nous pourrions être en cas d'obésité, et pour ce que nous serons avec l'âge. Il y a mise en œuvre d'un processus défensif contre la représentation d'une corporéité dégradée. « *La vieillesse représente trop nûment la condition humaine pour que son aspect n'importune pas. C'est qu'elle est l'envers du mythe de Jouvence* »[2]. Narcisse et Jouvence, deux mêmes faces d'une représentation du corps inaltéré, car dépourvu du stigmate de l'obésité, et inaltérable, car préservé des affres du temps : « *bien vieillir c'est ne pas vieillir* »[3]. C'est, sur ce déni de la condition du corps, l'impossibilité de se confronter à la lente usure qui « *inscrit sur le corps des traces que le vieux porte comme un stigmate* »[4] et l'impossibilité de cacher le stigmate, tant pour l'obèse que pour le vieux. Si « *la jeunesse serait le temps de la coïncidence entre l'être et le paraître* », – pour peu que le corps à montrer ne soit pas obèse – « *la vieillesse en serait la rupture* »[5].

Ce parallélisme participe d'une même vision normative et fantasmée du corps soutenu par son idéal : sublime dans la plénitude de la jeunesse par la justesse des formes, et immuable au mépris du temps.

b) L'obésité : stigmate corporel face à la norme

Retenons de l'analyse de l'obésité comme stigmate que ce dernier a peu de chance d'être escamoté du seul fait de sa visibilité. Les personnes en obésité adaptent des postures variables d'un sujet à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre. Ces stratégies d'adaptation ont pour vocation l'intégration en spéculant sur une tolérance des « normaux ».

Ce que nous avons repéré, c'est qu'en référence à une norme, certains sujets en obésité tentent, par des comportements « attendus », à se conformer à un mode d'agissement sup-

---

1 Trincaz J., Puijalon B. (2010), « Vieillesse » in Marzano M., *Dictionnaire du corps, Paris, PUF. p. 955.*

2 Detambel R. « Pour une vieillesse perfectionniste ». www.detambel.com/f/index.php?sp=liv&livre_id=208. Consulté en mai 2015.

3 Puijalon B., Trincaz J. (2010). *Op. cit*. p. 955.

4 *Ibid*.

5 *Ibid*.

posé être socialement adapté à la situation d'obèse. Les comportements adaptatifs fonctionnent comme une mise aux normes de deux façons. Soit la personne en obésité donne des signes en relation avec son désir de rejoindre une corpulence normale, soit, à défaut, elle se conforme à un stéréotype au risque de le surjouer : « *l'obèse bénin* » de C. Fischler.

« *Nous pensons que la production des comportements et des jugements normatifs dépend de l'activation de la norme sous-tendant ces comportements et jugements. Une situation s'avère, selon nous, particulièrement propice à faire apparaître la normativité des phénomènes qu'on étudie, c'est la situation d'évaluation. Il faut entendre par là, la situation dans laquelle se trouve toute personne conduite à penser qu'un évaluateur doté d'un pouvoir social peut se faire une idée de sa valeur à partir de ce qu'elle fait et des propos qu'elle avance* »[1].

La personne en obésité serait dans une posture probatoire permanente dont résulteraient, selon les situations et les interlocuteurs, acceptation ou rejet. Pour ce faire, l'individu met en jeu des comportements d'ajustement et d'adaptation ayant vocation d'atténuer les effets discriminatoires. Nous l'avons vu, la personne en obésité, comme « débiteur », paie son tribut social à des fins d'intégration.

1 Nicole Dubois, «Autour de la norme sociale», *Les cahiers psychologie politique* (en ligne), numéro 2, octobre 2002. http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640

Chapitre 4
Le médecin : « l'obèse » et sa maladie

A. Les médecins et l'obésité

La posture du médecin, que l'on peut qualifier de « surmoi hippocratique », engage dans un processus de construction deux concepts essentiels : soulager et guérir. Nous entendons par « surmoi hippocratique » l'ensemble des règles et des valeurs enseignées au cours des études médicales qui tendent à considérer l'égalité d'accueil et de traitement sans aucune forme de discrimination.

En ce qui concerne l'obésité, pour peu qu'elle soit ancienne et constituée, la réversibilité en terme de poids reste très aléatoire. De ce point de vue il n'y aurait rien à guérir. Toutes les personnes en obésité ne souffrent pas de leur constitution ou du moins ne s'en plaignent pas au médecin, il n'y aurait rien à soulager. Les principes mêmes de la fonction du médecin se trouvent ébranlés et l'image qu'il s'en fait vacille du fait de cette impuissance constatée.

1. Images et attitudes

a) Dessine-moi l'obésité : de quelle couleur serait-elle ?

Nous avons demandé à seize médecins d'associer une couleur à la représentation qu'ils avaient de l'obésité. D'emblée, il fournissent une image symbolique.

MH1	Blanc.	J'imagine quelqu'un de blanc et gros *(rire)*.
MH2	Ce n'est pas rouge, ce serait orange.	Orange c'est quelque chose un peu comme les feux… il faut faire attention.
MH3	Rouge.	Parce que c'est la ligne rouge, il faut faire attention, il faut s'arrêter là, ce n'est pas orange, ce n'est pas vert.
MH4	Noir.	Ils n'ont pas choisi d'être obèse. Le noir c'est triste.
MF1	Noir.	C'est sombre, ce n'est pas drôle, c'est la galère. Parce que ce n'est pas beau.
MF2	Bleu marine.	Noir ce serait trop triste, bleu marine ça reste chic et ç'est discret.
MF3	Grise.	Parce que c'est dur, j'ai rarement vu, j'en ai vu, des femmes jolies bien qu'elles soient grosses…
MH5	Noire.	C'est le deuil, c'est la mort.

MH6	Rose.	*(rire)* Comme la rose ça sent bon, ils sentent fort ces gens. Ils sont gros, ils sont gras, ils transpirent, ça sent le rance.
MH7	Jaune.	On pense à surcharge graisseuse.
MH8	Rouge.	Parce que les patients gros ils sont rougeauds.
MF4	Alors moi la cénesthésie... Je ne sais pas.	Je ne pense pas l'obésité avec une couleur.
MH9	Rouge, traits verts.	Une couleur gaie, ceux qui aiment bien manger aiment bien vivre…Le rouge c'est gai et le vert c'est l'espérance. Il faut toujours avoir de l'espérance.
MH10	Rouge.	Le rouge c'est une couleur pleine et on est dans la plénitude.
MH11	Vert… Je n'ai pas de couleur pour l'obésité.	Le stabylo sur le bureau est vert.
MF5	Blafarde.	Il y a quelque chose de mou, voilà c'est ça aussi chez les obèses, …une sorte de laisser-aller. C'est le côté mou, blafard, pâle, blanc, gris.

Les réponses sont dominées par le noir et le gris, suivi du rouge avec sa nuance orange. Si un médecin a refusé de répondre, un autre a préféré l'adjectif « *blafarde* » pour définir son association d'idées. Il y a le jaune du gras, du beurre, de l'huile. Le jaune « *comme les photos qui palissent, comme les feuilles qui meurent* »(1). C'est la couleur de la robe de Juda, la couleur de la trahison, celle de l'infamie. Selon les enquêtes en Occident, dans l'ordre des préférences, c'est la couleur choisie en dernier. Ses représentations négatives ne sont pas compensées par les quelques qualités qu'on lui attribue : la lumière, le soleil, la chaleur.

Le rose est une couleur secondaire, association du blanc et du rouge. Pour M. Pastoureau, c'est une couleur longtemps mal définie ; on disait autrefois « incarnat », c'est-à-dire couleur chair, de « carnation ». C'est au XVIII^{e} siècle qu'il trouve sa symbolique avec ses connotations de féminité, de douceur, mais aussi de mièvrerie. C'est aussi la couleur associée au cochon. M. Pastoureau rappelle, aussi, « *qu'à un moment, on l'a plaqué sur l'homosexualité avec une intention péjorative* »(2) ; l'étoile rose, portée par les homosexuels dans les camps de concentration nazis, en fut l'un des symboles les plus forts. Au-delà de la couleur, l'association porte sur la fleur et son parfum. Le médecin qui exprime sa répulsion par une quasi-antiphrase oppose sa représentation plaisante de la rose à une autre, malodorante.

Le vert est une couleur longtemps instable sur le plan chimique – les pigments végétaux résistaient mal au temps – ; cette « *couleur instable est devenue celle de l'insta-*

1 Pastoureau M. (2007). *Le petit livre des couleurs*. Paris, éd. Le Seuil, coll. Points.

2 *Ibid*. p.115.

bilité »[1]. Elle est celle du hasard, du jeu, du tapis vert, de la fortune et de l'infortune. Aujourd'hui, le vert est fortement associé à l'écologie comme emblème de nature. En choisissant son stylo-feutre vert, le médecin était-il guidé par la mémoire ancestrale d'un vert du hasard et des mauvaises fortunes ou bien de l'espérance printanière ? La personne obèse serait-elle dans le jeu du hasard et de l'infortune ?

Le bleu est la couleur « *qui ne fait pas de vague* »[2]. Faisant consensus dans les préférences occidentales, quels que soient l'âge, le sexe, les origines sociales ou professionnelles, elle est plébiscitée dans toutes les enquêtes d'opinion sur la couleur préférée. Chez les médecins interrogés, tout juste voyons-nous apparaître un bleu-marine discret pour éviter la tristesse du noir, sinon point de bleu. Les couleurs les plus évoquées sont le rouge et le noir. Rouge pour le remplissage, le sanguin, mais pour la limite à ne pas dépasser, signalétique automobile qui régit la bonne conduite. Sa symbolique du pouvoir, de l'amour, du prolétariat souverain, échappe à ces médecins qui semblent davantage fixés sur des éléments métaphoriques de « sanguinité » excessive.

Le noir « *est irrémédiablement lié aux épreuves, aux défunts, au péché (…). Il est associé à la terre, c'est-à-dire à l'enfer, au monde souterrain* »[3]. Il n'est pas sans mystère, il a aussi la réputation de rendre les formes indistinctes, il amincit, c'est la couleur de la distinction sobre. C'est aussi la couleur de l'ordre, de la justice, du renoncement ordinal, de Cromwell et du calvinisme. Le noir pourrait venir rappeler la règle à une population qui l'aurait transgressée. Mais aussi, les heures sombres qui attendent les personnes obèses s'ils ne perdent pas de poids.

Cette association avec le rouge et le noir a été l'occasion de voir surgir les évocations les plus violentes des larmes du deuil et du sang, très présents dans la pratique du médecin. L'association, *via* la symbolique des couleurs, entre les composantes les plus bouleversantes du métier de médecin, la mort et le sang, et l'obésité révèle combien le vécu des médecins de cette dernière est déroutant, contrasté et âpre.

b) Du découragement à l'échec

Si l'on considère que la finalité de la prise en charge thérapeutique d'un sujet en obésité est qu'il perde du poids, alors il est sûr que les échecs seront nombreux. C'est ce quiproquo entre un idéal de minceur pour tous et la notion de soins qui amène les médecins à se considérer en échec :

---

1 *Ibid*. p.66.

2 *Ibid*. p. 11.

3 *Ibid*. p. 95.

- *(MH13)* Je considère que dans ma pratique c'est un des grands échecs (…) j'ai jamais réussi vraiment à faire maigrir quelqu'un.
- *(MF2)* C'est compliqué parce qu'on est dans l'échec.

Pourtant certains se sont obstinés à vouloir faire au mieux :

- *(MH15)* J'ai 30 ans de pratique, je pourrais nommer les choses que j'aurais réussies et d'autres où je n'ai pas réussi, et il y aurait le poids c'est sûr.

D'autres praticiens sont à l'unisson de leurs confrères :

- *(MF10)* Ma difficulté professionnelle ? C'est très chronophage et c'est très décevant parce qu'il y a beaucoup d'échecs.

Ou bien encore ces aveux d'impuissance :

- *(MH8)* Devant un adulte obèse moi je me sens un peu impuissant, devant l'obésité je me sens un peu comme devant les addictions.
- *(MH15)* Mais c'est très difficile chez les femmes maghrébines. Des fois je baisse les bras, j'ai vraiment l'impression de m'attaquer à une montagne.

La responsabilité du patient serait-elle engagée dans ce constat d'échec ? Après des années de pratique et après avoir écouté les patients en obésité, ce médecin fait le constat suivant :

- *(MH11)* C'est moi qui suis découragé, ça prend énormément d'énergie et de temps et là je me rends compte que je me limite. (…) Je donne beaucoup d'énergie dans les choses dans lesquelles je me sens bien et je pense que c'est trop chronophage. Enfin, et c'est pas bien de dire ça, mais ils ont un profil psychologique qui est particulier.

Un autre praticien fait, lui aussi, un constat d'échec, mais se demande qui a eu le plus à perdre entre lui et ses patients :

- *(MH2)* J'ai un échec, j'avoue que j'ai un échec. Est-ce que ne suis pas très convaincant ? (…) C'est un échec pour eux aussi. Parce que c'est leur corps.

La question de l'estime de soi pourrait être au cœur de l'explication de l'échec :

- *(MF11)* Comment on peut ne pas s'aimer à ce point là, quand on se laisse aller à ce point là on ne s'aime pas quoi, on ne prend pas soin de soi quoi ! (…) Je pense qu'il y en a qui le vivent très mal et d'autres qui s'en fichent complètement.

« *Aide toi et le ciel t'aidera* » : le dicton est mis à mal et déplace la responsabilité de l'échec sur le patient. Comment aider à guérir alors même que le patient n'a pas la volonté de se soigner ?

Si le modèle des addictions revient fréquemment, c'est qu'il suscite une ambiguïté quant à la responsabilité. Le sujet toxicomane est-il responsable ou victime ? Nous retrouvons la question soulevée lors de l'approche des modèles anthropologiques. Ici

nous avons à nous interroger sur le statut de malade ou non. Soit nous considérons le toxicomane comme un délinquant, soit comme un malade. La personne obèse se trouve confrontée à la même dualité dans la représentation[1]. Est-elle une délinquante alimentaire en rupture avec la bienséance nutritionnelle et le contrôle du corps ou bien se trouve-t-elle sacrifiée du fait d'une génétique péjorative, d'un système métabolique défaillant, d'un environnement socio-économique défavorable ?

Le découragement s'associe au constat d'échec :

- *(MH12)* Je trouve que c'est démoralisant parce que les gens ne font pas ce qu'ils devraient faire, donc c'est comme un insuffisant respiratoire qui continue à fumer. Oh ! Faut les prendre en charge mais c'est très décevant.

Comme nous l'avions noté à propos de la dépression, l'obésité serait aussi une maladie de la volonté. Les médecins jugent les patients obèses en considérant qu'ils se complaisent dans l'inertie :

- *(MH22) (Après avoir donné des conseils)*, je ne me bats pas énormément, c'est-à-dire que je ne peux pas faire le régime à leur place.

Doit-on procéder différemment ? C'est peut-être ce que vit ce médecin, même s'il cède au découragement :

- *(MF6)* Il y en a qui viennent pour parler, ils veulent juste raconter leur vie, ils veulent de l'aide, souvent ils ont besoin de nous raconter comment ça se passe dans leur vie. (…) Mais des fois c'est vrai que je baisse les bras.

Le découragement suscite parfois une colère embarrassée :

- *(MF9)* Non, jamais je ne leur dirai que je les déteste. Non, je ne les déteste pas, je les plains (…) Même s'ils me disent qu'ils ne mangent rien, je pense qu'ils mangent. Ça, par contre, j'ai du mal à les croire.

Mais la colère peut être libérée et discriminante :

- *(MH2)* C'est le rejet d'une personne qui vous tient en échec. Si quelqu'un cherche à vous coincer par tous les moyens, il n'y a rien de plus énervant, vous voulez l'aider, il vous met en échec (…) J'ai un échec… C'est dur mais j'avoue que j'ai un échec.

Se met en place ici un processus d'interprétation quant à l'intention du patient qui chercherait sournoisement la mise en échec du praticien. Déplacer la responsabilité de l'échec sur le patient permet de se défendre contre un sentiment d'insécurité personnelle.

---

1 Le 18 février 2015 la chaîne de télévision Channel 5 a présenté un documentaire : *Benefits: too fat to work* (« Trop gros pour travailler, ils vivent des allocs »). Un couple gravement obèse est présenté comme profitant du système social sans contrepartie. Ils pèsent 325 kg à eux deux et touchent ensemble 2 800 € par mois d'allocations et sont logés gratuitement dans un studio. Une employée qui coûte 10 000 € par an vient à domicile laver et habiller Monsieur. http://television.telerama.fr/television/les-obeses-stigmatises-par-un-documentaire-au-royaume-uni,123029.php

Le « locus de contrôle »[1] externe est activé pour transformer le sujet en victime d'un processus extérieur face auquel il ne peut intervenir, mais seulement résister. Le médecin accepte le constat d'échec mais n'en porte pas la responsabilité :

> • *(MH12)* Ce ne sont pas des trucs qui me passionnent (…) Je peux garder des gens bobo la tête. Ça c'est rare que j'envoie chez le psychiatre. Mais nutrition c'est, illico, j'envoie.

L'assertion trouve un écho chez une collègue qui tente de comprendre pourquoi certains médecins ne s'intéressent pas aux patients en surpoids :

> • *(MF2)* Je pense qu'ils n'aiment pas, on n'aime pas mais c'est pour ça que certains n'ont pas envie de s'en occuper comme on peut ne pas avoir envie de s'occuper d'alcooliques. C'est tout à fait différent, mais l'alcoolique aussi c'est quand même les plus beaux échecs qu'on a en médecine.

Ce découragement est-il le fruit d'un désintérêt ou bien le désintérêt est-il le fruit du découragement et de l'échec ?

2. Les attentes réciproques

a) Les médecins et les attentes supposées des patients obèses

Les entretiens menés auprès de vingt médecins ont permis de faire ressortir les caractéristiques les plus fortes des attentes supposées de leurs patients en obésité. Par ailleurs, ces médecins nous ont chacun autorisé à rencontrer l'un de leurs patients en obésité, auquel nous avons posé la même question relative à ce qu'il attendait de leur médecin traitant.

Les médecins et les patients devaient classer huit mots selon l'importance qu'ils donnaient au thème dans la relation de soin. Ces mots avaient été choisis à partir d'un premier travail auprès de médecins et de patients en obésité qui devaient spontanément dire leurs attentes et les attentes supposées. Ce travail préalable a permis la sélection des huit items du fait de leur fréquence[2].

Les huit mots sont : adresse (de diététicienne ou de nutritionniste), conseils (diététiques), considération, écoute, médicaments, solution miracle, suivi, rien.

Lors des entretiens certains items ne pouvaient être départagés par les médecins ou les patients. Le classement comparatif des deux échantillons est résumé dans ce tableau :

---

1 Le locus de contrôle est un concept de psychologie introduit par J. Rotter en 1954. Le concept permet d'appréhender les croyances relatives aux responsabilités des faits extérieurs quant à ce qui arrive à un sujet, on parlera de « locus externe » de contrôle, ou au contraire à des éléments personnels, on parlera de « locus interne ».

2 Il s'agit d'un travail réalisé par P. Gross auprès de médecins généralistes et de médecins spécialistes de la nutrition dans la région Nord (non publié).

Classement des huit mots	Supposés des médecins quant aux attentes des patients	Attentes réelles des patients en obésité
1	Écoute	Conseils
2	Conseils et considération	Écoute
3	Solution miracle	Suivi et adresse
4	Considération et écoute	Considération
5	Adresse et conseils	Adresse
6	Adresse	Médicaments
7	Suivi	Solution miracle
8	Rien	Rien

L'écoute et les conseils diététiques sont les items qui ont la meilleure congruence entre les médecins et les patients.

b) L'écoute

L'écoute est l'un des fondements principaux de la relation entre un médecin et un patient. Elle constitue l'un des piliers de la démarche en éducation thérapeutique. Il n'est pas étonnant de retrouver cet item en bonne place dans les entretiens d'autant que des études ont montré la place essentielle que les patients lui accordaient, indépendamment de la nature de leur demande.

À la lumière de ce que nous analysons quant à l'intérêt des médecins à s'occuper de l'obésité de leurs patients, à leur découragement, au regard qu'ils portent sur les personnes obèses, nous nous interrogeons sur ce que recouvre la posture d'écoute.

- *(MF1)* Ils veulent juste raconter leur vie. Ils veulent de l'aide, souvent ils ont besoin de nous raconter comment ça se passe dans leur vie avec leur problème de surcharge pondérale. – Leurs attentes, c'est souvent une écoute, car ce sont des gens en souffrance, et pour un coaching. Ils me disent « ce sera bien car je me pèse chez moi mais je n'y arrive pas, ce sera bien comme ça de venir vous voir.

Mais quelles sont les attentes réelles des patients en retour si plusieurs médecins pensent que :

- *(MH1)* Les patients viennent entendre ce qu'ils savent déjà.
- (MH20) Ils sont assez fuyants par rapport à ça. (…) Ils minimisent souvent les choses, ils ont dans l'idée qu'ils veulent maigrir absolument. Ils me disent : non mais je vais bien et si je veux perdre du poids, je peux le faire quand je veux.
- *(MH21)* Certains évitent le sujet, d'autres me disent oui effectivement je suis trop gros, mais je vais en rester là.

En écho, la patiente de ce médecin considère :

- *(F50)* C'est vrai que c'est important d'écouter les gens. Mon ancien médecin, je ne lui en parlais même pas car il n'avait jamais le temps.

De la même façon, une autre patiente témoigne de sa relation avec son ancien médecin à qui elle confiait ses problèmes de poids sans avoir d'aide en retour :

- *(F42)* Lui, c'était une ordonnance médicamenteuse. (…) Vous avez des médecins, sans qu'on leur parle, vous sentez qu'on vous juge : Ah, bah ! De toute façon si elle est obèse c'est de sa faute. Ça ne se passait pas très bien avec mon ancien médecin traitant.

La relation avec son médecin actuel est différente :

- *(F42)* Elle a toujours été là quand j'avais une question. (…) C'est quelqu'un de très ouvert. Vous pouvez lui poser plein de questions, la seule personne en qui j'ai confiance c'est mon médecin. C'est quand même votre intimité, votre corps.

Elle revient sur son parcours, en particulier sur ses difficultés à s'inscrire dans la durée concernant les régimes en ne « *tenant pas longtemps* ». Consciente qu'elle recherchait « *une écoute, qu'on vous accompagne, mais il ne pouvait pas être à ma place* ». Renvoyée à sa solitude devant l'échec, elle évoque les réticences du médecin à aborder le sujet : « *Je pense que c'était un sujet difficile. J'étais quelqu'un qui pleurait régulièrement* ».

Une autre patiente admet ne pas avoir parlé des problèmes que posait son poids à son médecin :

- *(F43)* J'en parlais avec mon psy, je ne recommençais pas avec mon médecin.

Pour voir aussi une nutritionniste, cette patiente considère :

- *(F43)* Qu'elle ne l'a pas intégré comme une personne d'autorité qui m'empêcherait de bouffer. Je sais par cœur tous les conseils qu'elle me donne, elle me pèse, je fais mon chèque et puis après on parle peinture ou d'autre chose.

Nous mesurons là la dissociation entre la bienveillance reconnue des médecins et la solitude devant les contraintes du quotidien. Si l'écoute est une posture nécessaire et appréciée par les patients, elle se heurte à l'usure de la diététique au quotidien et au sentiment d'échec qui se dégage.

Une autre patiente, qui se fait vomir de temps en temps pour contrôler son poids, n'a pu en parler aux différents médecins qui la suivent :

- *(F43)* Parce que ce ne sont pas des choses qu'on dit comme ça de but en blanc.

Une femme, interrogée sur le fait de ne pas avoir parlé de ses problèmes de poids avec son médecin, considère qu'il n'y avait pas lieu :

- *(F45)* Parce que je ne voyais pas ce qu'il pouvait faire, il n'y a que moi qui pouvait maigrir.

Si les patients reconnaissent la capacité d'écoute de leur médecin, ils jugent cette posture vaine au regard de leur solitude face au problème du poids.

c) Conseils, suivi et solution miracle

Les conseils nutritionnels constituent un incontournable de la prise en charge de l'obésité au même titre que l'activité physique. Les études médicales forment peu ou pas à la prescription raisonnée de ces conseils. Si on souligne sa pertinence, c'est-à-dire l'un des moyens pour perdre du poids, il n'est pas habituel que les étudiants sachent vraiment proposer de façon pratique un cadre diététique adapté à la situation pathologique et à la personne. Les patients attendent de façon soutenue des conseils, quelle est la réponse à ces attentes ? Si l'un des médecins s'était engagé dans un accompagnement nutritionnel, il a cessé par découragement :

- *(MF6)* J'avoue que certaines fois je baisse les bras, je laisse tomber.

D'où vient ce renoncement ?

- *(MH5)* Je pense qu'il faut qu'ils soient prêts, c'est vraiment la question. Est-ce qu'ils sont prêts ? Le problème souvent c'est qu'ils ne sont pas prêts dans leur tête.

Si les patients échouent c'est aussi

- *(MH1)* Parce qu'ils en ont marre. Ils veulent juste qu'on leur donne une adresse.

Cela laisserait penser qu'une forme d'errance thérapeutique, en multipliant les interlocuteurs, relancerait l'espoir des patients en obésité. Nombreux sont les médecins qui « passent la main » en proposant une adresse de diététicienne ou de nutritionniste. La transmission se fait après quelques conseils généraux, tels que :

- *(MH12)* Ne pas sauter de repas, se méfier des sucres rapides ou de ce qui est trop calorique.
- *(MH13)* Je leur dis qu'il faudrait faire attention.
- *(MH2)* Je les pèse et leur dis : écoutez vous êtes un peu en surcharge pondérale. Souvent c'est : ah ! Oui docteur *(rires)*. Ils le savent déjà. Soit ils ne veulent rien faire… soit ils en prennent conscience à force de le redire…

À l'extrême de la prescription, on rencontre des positions drastiques :

- (MH13) Le régime et l'exercice, il faut leur imposer les deux, donc c'est pas facile.

Et, pour ce faire, dans ce type de prescription encadrée,

- *(MH14)* Je leur prescris une balance, je leur donne un rythme, je leur impose un programme.

Parfois les médecins sont pris au dépourvu car, s'ils considèrent que les patients attendent des conseils de régime,

- *(MH15)* Ce sont des conseils pour valider des méthodes de régimes existants. C'est par exemple : est-ce que le régime Dukan est valable ? Est-ce que le Weight Watchers… Mais je ne suis pas très capable de leur dire quoi manger. *D'autant que ce médecin considère que* la difficulté vient toujours du patient. (…) Les gens ne sont pas pugnaces. Est-ce que le sujet (l'obésité) ne mérite pas leur pugnacité ? Ou bien, qu'ils ne sont pas pugnaces sur l'ensemble des sujets ?

La remarque renvoie à ce qui est en discussion à propos de la mollesse de caractère attribuée aux personnes en obésité, une forme de procrastination délétère.

Plus radical encore :

- *(MH17)* Je leur dis ce que je dois leur dire, une fois, deux fois, trois fois et puis après…
- *(MH16)* Moi, je leur fais le topo une fois, deux fois, trois fois et puis après il vont voir ailleurs. Vous comprenez qu'il faut maigrir, vous ne voulez pas maigrir, alors là…, *puis il se reprend en considérant qu'*à un moment on se dit qu'on perd un peu la main, qu'on est mauvais pour ça et du coup on fait perdre des chances au patient.

En réalité, la majorité des praticiens se sent dépourvue pour cerner la demande, dépourvue pour analyser les comportements alimentaires, dépourvue pour proposer des solutions adaptées et un suivi régulier. Les motifs sont multiples : expériences négatives pour aider à la perte de poids, conditions socio-économiques sur lesquelles ces médecins n'ont pas prise, insuffisance de formation pratique sur les questions nutritionnelles, manque de temps dans une pratique où la demande va croissante du fait de l'évolution contraire de la démographie médicale et des besoins de santé des patients, enfin, désintérêt en partie dû au sentiment d'échec et au regard qu'ils portent sur les patients obèses.

B. Le regard des médecins

Si les patients en surpoids ne sont pas gênés par le regard des médecins sur leur corps, qu'en est-il réellement du regard des médecins ?

1. Intérêt ou désintérêt

Le regard des médecins est en grande partie conditionné par leur intérêt pour les patients qui souffrent d'obésité. L'intérêt qu'ils y portent, nous le verrons, est constitué de différents éléments d'ordre subjectif et d'ordre objectif. Subjectif par la perception de la demande – voire de l'absence de demande – et par leurs représentations personnelles. Objectif pour des aspects techniques de prise en charge et d'échec.

La plupart des médecins commencent par affirmer qu'ils ne font pas de différence entre les patients :

- *(MH1)* Parce que quand on est médecin, je pense que l'aspect physique de son patient ne doit pas entrer en ligne de compte (…). Qu'il soit obèse, maigre, juif, arabe, ou noir, blanc ou jaune, on s'en fout.
- *(MH3)* Si j'ai fait médecine, ce n'est pas pour choisir mes patients.

Cette profession de foi est directement à mettre en relation avec les engagements du serment d'Hippocrate. S'il n'est pas fait mention directement à un interdit de discrimination, l'esprit du serment vient corroborer ce qui est un discours convenu et entretenu au cours des études de médecine : discours censé se fonder sur une éthique médicale qui ne laisse aucune place à toutes formes d'inégalité dans le soin, posture que nous avons qualifiée de « surmoi hippocratique ». Ce discours, fondé sur une morale de l'égalité, a un effet d'écran consensuel pour la profession qui se retrouve dans cette valeur, mais on sait combien la réalité vient la contredire.

C'est au titre de ce principe unitaire et égalitaire que l'obésité peut être :

- *(MH3)* Une pathologie comme n'importe quelle pathologie, comme la tension, le diabète, n'importe quoi.

L'assertion de l'égalité du regard est le fruit d'une norme sociale prescriptive, utilisée pour désigner explicitement ce qu'il faut faire ou penser et ne pas faire ou ne pas penser dans une situation donnée. Les médecins obéissent à cette règle de la pensée qui se perpétue au fil des générations de médecins. **«** *Lorsqu'on avance qu'un jugement ou un comportement est normatif, dans un sens prescriptif, on indique certes qu'il faut réaliser ce comportement, mais on transmet aussi en filigrane l'idée selon laquelle s'il faut le réaliser, c'est parce qu'il est socialement valable, socialement désirable, socialement souhaitable* **»**[1].

Il y a de la part des médecins un réel plaisir à s'afficher, en dehors de l'espace professionnel, dans cette dimension apostolique du métier. Cette image a aussi valeur de symbole pour le profane qui consent à se rallier au discours médical comme source de vérité scientifique. On peut envisager qu'il y adhère par réassurance personnelle, pour ne pas avoir à imaginer qu'il pourrait être, en qualité d'usager, victime d'un délaissement du seul fait du manque d'intérêt que son médecin pourrait lui porter. Il pourrait être victime de discrimination pour ce qu'il est ou non pour ce dont il souffre.

Sur ce point particulier du **«** surmoi hippocratique **»**, nous croyons qu'il est l'élément fondamental organisateur du noyau central de la représentation du **«** bon médecin **»**. Il

1 Dubois N. (2002). «Autour de la norme sociale». *Les cahiers psychologie politique* (En ligne), numéro 2, octobre 2002. http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640

est si profondément inscrit dans l'idéologie médicale qu'il figure dans le serment lors de la soutenance de la thèse de doctorat en médecine. Nous pouvons suivre J.-C. Abric lorsqu'il affirme que le noyau central de la représentation a une *dimension normative*[1] pour intervenir directement dans des dimensions affectives, sociales ou idéologiques. Il existe une grande stabilité de l'élément, à la fois dans le temps, au cours des générations de médecins, mais aussi transversalement entre les différentes spécialités médicales.

De façon générale, c'est-à-dire pour ce qui relève du plus grand nombre des actions et des médecins, la règle égalitaire s'applique. Mais nous allons voir qu'une approche plus fine lézarde l'édifice consensuel discursif à propos de l'obésité.

Une première attitude consiste à assurer le minimum de la prise en charge et de passer la main pour s'appuyer sur des compétences extérieures jugées supérieures, mais aussi par désintérêt :

- *(MH12)* Parce que je me sentais pas intéressé et puis parce qu'il y a des diététiciennes, il y a des médecins nutritionnistes, donc j'avais tendance à passer la main.
- (MF8) Je leur fais un bilan et un carnet alimentaire (…) Et après je m'en remets plutôt à la diététicienne, car suivre au long cours sur un régime, ça ne m'intéresse pas, ça me gonfle.

À la question de l'enquêteur : « *Avez-vous des patients obèses dans votre patientèle ?* », un médecin répond :

- *(MH5)* Oui, malheureusement.

Il est plusieurs interprétations possibles de cette réponse laconique, l'amertume est-elle compassionnelle pour les patients ou pour lui-même ? Il complète et éclaire sa position sans ambiguïté :

- *(MH5)* Je ne suis pas du tout spécialiste de l'amaigrissement et de l'obésité. Je n'ai pas envie de le devenir d'ailleurs parce que ça me fait chier. Mais bon, ça fait partie de mon boulot, j'estime, enfin… ça fait partie du boulot de tout généraliste.

Le comportement est normatif et prescriptif puisqu'il juge que cela fait partie de la fonction de tout médecin, ce qu'il est bon de faire, mais contraint par la règle. En d'autres termes, pour ce médecin, les soins aux personnes obèses, s'ils sont souhaitables, ne sont pas désirables. Une telle posture du praticien est en partie à comprendre par ce qu'il juge être la futilité de la demande :

- *(MH5)* Il y avait des gonzesses au printemps, l'été allait arriver, elles voulaient des régimes hyperprotidiques (…). J'en ai fait pour leur faire plaisir, mais ça m'emmerdait, car ce n'est pas une population que j'aime.

---

1 Abric J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, coll. « Quadrige », PUF, p. 30.

À l'enquêteur qui insiste sur cet affect : « *Pourquoi vous ne les aimez pas ?* », le médecin répond :

- *(MH5)* Parce qu'ils m'emmerdent, ils ne savent pas ce qu'ils veulent. Elles ne savent pas ce qu'elles veulent. Elles veulent être belles, elles ne veulent pas s'emmerder. Autant qu'elles prennent un amant et qu'elles arrêtent de nous faire chier.

On repère une consistance interne dans les réponses successives de ce praticien, il ne modifie pas son discours à mesure de l'entretien, il renforce le trait et considère que, si son intérêt est nul, son point de vue serait partagé par les patients en obésité :

- *(MH5)* Je ne les prends pas en charge… On sait pertinemment que leur demander de maigrir, ça les emmerde, ça ne les intéresse pas.

Nulle dissonance derrière ces propos puisque les deux parties feraient alliance pour ne pas aborder la question de l'obésité. Au cours des entretiens, d'autres praticiens ont exprimé le même désintérêt à s'occuper des patients en obésité :

- *(MH1)* Ce n'est pas ma tasse de thé, l'obésité.
- *(MH17)* L'obésité ça m'ennuie ! Comme ça c'est clair. (…) Je vous dis, ça me gonfle, parce que c'est chiant, c'est une psychologie particulière.
- *(MH12)* Ils viennent pour me demander à moi, mais moi je connais pas bien, et ça me fait chier.

Ici l'argument de compétence est avancé pour ne pas répondre. Nous percevons chez ce praticien une certaine dissonance cognitive, le conflit intérêt/compétence vient éclairer sa réponse dans le registre des affects « *ça me fait chier* ». Le « *je me défausse parce que je connais pas bien* » maintient une cohérence interne rationnelle. Une autre posture vient renforcer les arguments d'ordre technique :

- *(MH23)* Les gros, ça prend du temps, on n'aime pas ça ! Enfin ce n'est pas qu'on ne les aime pas, mais c'est compliqué à gérer.

S'agit-il de l'obésité maladie ou du bien des patients ?

La vulgarité sémantique en rapport avec l'excrémentiel vient apporter des connotations métaphoriques de déchet : déchet sur intérêt médical, déchet de compréhension humaine. Il est rare de trouver chez les médecins un champ lexical aussi radical. Le choix sémantique souligne la mésestime dans laquelle les patients en obésité sont tenus.

Un autre aspect relatif à l'intérêt à prodiguer ses soins aux patients obèses porte sur la reconnaissance personnelle, par la gratification, et professionnelle de la part des pairs, ce qu'exprime l'un des médecins :

- *(MF2)* Je pense effectivement qu'il y a des tas de choses dont on s'occupe peu, parce que ce ne sont pas des choses nobles. Vous voyez l'obésité ce n'est pas noble… Parce qu'on est quand même dans un monde du paraître et si on est gros on est moche, et voilà… *(silence)* Il y a quand même

> en médecine des maladies qui intéressent, enfin qui sont plus nobles que d'autres.

La question du sujet est proprement évacuée, au bénéfice de l'objet maladie. Le décentrage du patient vers la maladie génère le degré d'intérêt à s'y consacrer. En médecine, ce tri entre ce qui est noble ou pas est un des leviers les plus puissants de la stigmatisation envers les malades. Pour des maladies stigmatisées – toxicomanie, alcoolisme ou obésité –, le caractère endogène, c'est-à-dire dont la responsabilité incomberait au comportement du patient, participe du déclassement de l'intérêt à y porter. Et la subjectivité du médecin joue à plein :

- *(MH16)* On comprend très vite que je ne les aime pas. Et plus encore les enfants jusqu'à 15 ans on va dire. Ils m'énervent, m'agacent, pour moi ce sont des têtes à claque. Donc je passe moins de temps avec eux.
- *(MH15)* C'est un truc de gamin, mais je n'ai jamais aimé les gros ! Donc c'est dégueulasse de dire ça. Gras, dégoûtant et mou, que ça soit une femme ou un homme, c'est pareil. Je n'aime pas vraiment les gens gros.

Même si pointe ici un léger sentiment de culpabilité, l'assertion dit bien la répulsion. De façon contrastée, lors des entretiens avec les patients, l'unanimité s'est faite quant à l'impossibilité qu'ils puissent être discriminés par leur médecin du seul fait de leur corpulence :

- *(F1)* Je pense qu'en tant que médecin, il doivent en voir de toutes les couleurs, c'est pas la même approche, et je pense que les gens, dehors, sont bourrés d'*a priori*.
- *(F8)* Je sais que c'est médical. Moi, je pars là-dessus, donc après s'ils jugent, ils vont pas forcément le dire.

Ou cette patiente, qui résume la situation par une tautologie :

- *(F14)* Un médecin, c'est un médecin.

Mais c'est un homme, qui pèse 170 kg, qui a le discours le plus radical à propos de l'accueil du médecin :

- *(H4)* Si je tombe sur un connard, excusez l'expression, qui me prend bien la tête, je l'envoie chier parce que je suis le client, je paye.

Si la question de l'intérêt à s'occuper des patients en obésité divise les médecins et laisse entrevoir qu'un bon nombre n'en éprouve pas de satisfaction, voire manifeste une réelle hostilité, qu'en est-il des représentations esthétiques du corps obèse ? Est-il source de préjugé ou de jugement et constitue-t-il un obstacle à la relation de soin ?

2. Apparence, esthétique, rapport au corps obèse

Lors des entretiens, les enquêteurs ont amené les médecins à s'exprimer sur leurs perceptions du corps obèse et les interférences possibles avec leur pratique médicale, plus

particulièrement avec l'examen physique du corps. Reste à se poser la question de ce qui est entendu par esthétique pour un individu ou une société.

À propos de l'esthétique, M. Jimenez, en se référant à la *Critique de la faculté de juger* de Kant, qui s'étonne du caractère contradictoire du jugement du goût entre les hommes et d'absence de valeur universelle quant à ce qui est beau, écrit *:* « *S'il existait un concept de beau, une règle, une loi universelle de la beauté (…), il me serait possible de convaincre autrui, par la raison, de la justesse de mon jugement du goût* »[(1)].

L'approche des représentations du corps obèse par des médecins illustre combien, en l'absence de loi universelle de la beauté, il existe des images culturelles dominantes qui viennent nourrir un imaginaire social qui contribue à évacuer le corps gros du champ esthétique. Nous avons vu comment la construction du corps idéal et de son avatar, l'idéal de minceur, trouve, en Occident, ses origines dans l'affirmation progressive d'un *canon* esthétique dès l'Antiquité.

> • *(MH3)* Je vois ce corps de manière humaine, comme n'importe quel corps, « Ça n'a pas à être agréable ou désagréable. Là, les gens qui racontent ça, ça veut dire quand ils sont, quand ils examinent une patiente qui est bien foutue ça leur fait plaisir. Enfin c'est déplacé je trouve. Non ?

Nous retrouvons ce qui avait laissé croire que l'exercice médical s'affranchit par essence de toutes les discriminations possibles ; il en est ainsi de l'apparence des corps comme il en était à propos de l'intérêt porté aux patients en obésité. Ce principe posé, nous allons voir que, là encore, des éléments de fracture dans les discours se font jour. Au-delà de celui, déontologique, de façade, qu'entend-on ?

Dans un premier temps, un médecin réfute un possible rapport de séduction, puis revient sur ses critères d'esthétique corporelle :

> • *(MH5)* Faut faire un autre métier. Habituellement j'ai …, je n'ai pas l'habitude de sauter sur tous mes patients donc je ne comprends pas mes confrères qui… Je ne suis pas le docteur Hazout[(2)] encore, donc *(rire)*. Non, je n'ai pas de problème. C'est par rapport à l'image, c'est sûr que c'est plus joli de voir un homme mince et musclé ou une femme belle et bien foutue, qu'une grosse ou un gros, mais bon, voilà. On n'est pas là pour ça.

D'autres praticiens expriment sans ambages leur jugement esthétique :

> • *(MF1)* La graisse c'est laid, c'est laid, ça m'évoque la laideur.

---

1 Jimenez M. (2010). *La querelle de l'art contemporain*. Paris, coll. « Essai », Folio, éd. Gallimard. p. 239.

2 Gynécologue de renom, spécialiste de la fécondation *in vitro*, âgé de 70 ans, condamné en février 2014 à huit ans de prison pour viols et agressions sexuelles sur six anciennes patientes.

- *(MH18)* Je crois que je ne supporte pas les obèses en fait. C'est vrai que l'image que j'ai de l'homme et de la femme ne correspond pas aux obèses. Botero je n'aime pas.
- *(MH2)* Ce sont des gens qui se cachent, ils ne vont pas sur la plage, ils ne peuvent pas se mettre tout nus.

Pourquoi se cacheraient-ils si le corps obèse pouvait être montré dans toutes les circonstances, dont la plage ?

Si ce n'est pas directement le corps qui est en jeu, c'est le vêtement dont nous savons combien il constitue un puissant élément de distinction sociale à des fins, certes esthétiques, mais aussi de séduction :

- *(MF10)* Parfois ils vont s'habiller comme des sacs ou ils vont se négliger.

Toutefois, l'ensemble des médecins rencontrés n'a pas un jugement aussi tranché et apporte quelques nuances quant à la perception esthétique du corps gros, et ils introduisent quelques éléments d'autocritique :

- *(MH1)* Sur le plan esthétique je préfère quelqu'un qui n'est pas en surpoids, et je ne vais pas avoir un rejet forcément devant quelqu'un parce qu'il est gros.
- *(MH2)* Je suis plus tolérant maintenant, avant j'étais intolérant. J'étais vraiment maigre comme un clou et je ne supportais pas les gens qui étaient gros. J'étais un peu jeune et un peu con-con.

C. Des mots pour le dire

1. Qualités morales et intellectuelles : l'impossible cohabitation

Le « gros con », le « sale con », le « pauvre con », le « vieux con »[1]. Cohabitent le gros et le sale, la connerie faisant lien entre le gras, l'impécunieux, le sale et le vieux. Vieux, un terme dont l'usage se perd : « *Le terme vieux est devenu tellement synonyme de* "*grabataire*"*, d'*"*impotent*" *que l'on préfère ne plus l'employer* »[2]. Le lien par la connerie justifie la discrimination du gros et du vieux : « le décor est planté ». Le sujet en obésité n'est pas supposé bénéficier de l'esprit de finesse. Quant au vieux, il l'aurait perdu. Qualités morales et intellectuelles ne cohabiteraient qu'avec un corps digne de les accueillir. Tout autre hypothèse serait disqualifiée.

Gros con/sale con/ pauvre con/vieux con => gros /sale/ pauvre/vieux => con

1 Notons que l'on parle aussi de « jeune con », mais la connotation est différente du « vieux con ».

2 Trincaz J (2011). *Op. cit.* p. 19.

Ajoutons que pauvre et sale, comme qualificatifs associés à gros, se retrouvent dans les représentations sociales.

Nous avons vu que l'obésité, tout comme la dépression, est considérée comme une maladie de la volonté. La perte de l'emprise sur le corps augure de la même faiblesse morale et intellectuelle. Ceci est si vrai que l'obésité est un élément fort de discrimination à l'embauche pour les postes à responsabilité. Une étude de J.-F. Amadieu pour l'Observatoire des discriminations a montré que pour une recherche d'emploi de commercial, le nombre de réponses négatives était trois fois supérieur pour des sujets en obésité[1]. Le corps viendrait témoigner d'un impossible, non seulement par manque de volonté, mais aussi par inaptitude ontologique au succès. « *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* »[2].

L'obésité serait le stigmate d'une forme d'impuissance à réussir, le corps gros deviendrait le blason de cette impuissance : « *Devenir obèse, ce serait pour moi l'inscription sur mon corps de quelqu'un qui manque de volonté et qui a échoué* »[3].

Le corps obèse trahirait les insuffisances souterraines de la pensée, de la maîtrise, de la volonté, Il deviendrait le représentant d'une forme de procrastination intérieure, reflet de la mollesse psychique, déjà évoquée avec la dépression :

> • *(MH20)* Bon ceux qui restent toute la journée assis devant leur télé en bouffant, bon voilà il n'y a pas de miracle non plus.

L'inertie physique que l'on prête volontiers aux personnes obèses serait le reflet de leur manque d'énergie psychique. La mollesse du sujet obèse s'oppose à la fermeté de celui qui a l'apparente maîtrise de ses contours. Les oppositions mou/ferme, passif/actif, proscrastinateur/décideur, schématisent l'antagonisme imaginaire entre le gros et le mince.

À l'époque contemporaine, le « gros », associé à une forme de nonchalance, presque une inertie, est en rupture avec les valeurs sociales positives du dynamisme, du mouvement et de la vitesse. Cette représentation sociale qui suscite l'injonction « *Bouge-toi !* » peut prendre des formes radicales et violentes de discrimination. En témoigne cette déclaration sur un forum après une émission télévisuelle sur l'obésité : « *En fait, c'est l'obésité qui induit des désordres endocriniens et non le contraire. Il faut bien trouver des excuses aux grosses truies et aux gros porcs qui bouffent toute la journée des graisses et du sucre*

---

1 Amadieu J-F. (2005). *L'obèse : incroyable discriminé*. Observatoire des discriminations. www.observatoiredesdiscriminations.fr/.../l_obese_lincroyablediscrimine.pdf

2 Kaufmann J-C. (2010). *Op. cit*. p. 226.

3 Jeune patiente de 27 ans en proie à des troubles des conduites alimentaires.

sur leur canapé devant la télé, s'ils sont obèses c'est à cause du bisphénol, c'est la pensée habituelle des gens primaires », une position partagée par l'un des médecins interrogés :

> • *(MH23)* S'ils ne bougent pas leur cul je ne vois pas pourquoi, pour mes beaux yeux, ils vont se mettre à bouger ? Donc la question est pourquoi ils ne bougent pas ? Pourquoi la bouffe prend autant de place ? On ne peut pas dire qu'ils ne savent pas, dans une société hyperinformée comme la nôtre.

La comparaison avec le porc n'est pas anodine pour plusieurs raisons. Le porc est un animal qui fait partie de l'environnement ancestral de l'homme occidental, c'est un familier de l'homme. Ce qui le caractérise, c'est la bauge ou la porcherie et son mode alimentaire omnivore. Certes omnivore, comme l'homme, mais se nourrissant de déchets, de restes, sans distinction et avec avidité, à grand renfort de bruits. Il est l'antithèse de la distinction. Pour s'en persuader, il suffit de comparer le discours à propos d'un autre animal familier : le cheval. Alors que ce dernier incarne la noblesse, le porc est source de mépris et de dégoût. « *Les relations entre l'homme et le cochon – tenu pour l'animal le plus vil de la création et entouré de tabous, mais en même temps digne d'être sacrifié aux dieux en Égypte et en Grèce – ont toujours été ambivalentes et passionnelles* »[(1)].

Le cochon est associé aux formes dégradées de la sexualité et de la pornographie. Avilissement, déchets, saleté, crasse, lubricité, dégoût, l'association du cochon et de l'obésité contribue à construire une représentation sociale discriminante à l'égard des personnes en obésité.

Le terme « crasse » a son origine dans le mot latin *crassus* (gras, grossier, épais). Ainsi cohabitent deux notions de même origine : le sale et le gras, mais aussi la bêtise (ne dit-on pas « une bêtise crasse » ?). Dans les deux cas, le sujet crasseux ou gras ne peut accéder à la distinction, privilège de la finesse et de l'élancé.

J.-F. Amadieu, faisant référence aux travaux de M.-A. Descamps sur le langage du corps[(2)] qui confronte des silhouettes à des traits supposés de personnalité, montre que les hommes « gros » auraient des traits indésirables, seraient mous, plutôt gentils et calmes. Les femmes « grosses » seraient plutôt désirables, maternelles, gentilles, bonnes vivantes, fortes, mais négligées et complexées. *A contrario*, les hommes et les femmes musclés seraient majoritairement désirables, sociables, dynamiques et décidés, sportifs, sûres d'elles mais fières pour les femmes, prétentieux et agressifs pour les hommes.

---

1 Présentation du livre de M Pastoureau. (2009). *Le cochon, histoire d'un cousin mal aimé*. Ed. Gallimard. Collection Découvertes (n° 545), série Culture et société.

2 Amadieu J.-F. (2005). *Op. cit*. p 43. M.-A. Descamps. *Le langage du corps et la communication corporelle*. Paris. PUF. 1993. Les travaux sur l'analyse des silhouettes ont été conduits par M-A Descamps en 1989.

La question du beau et du laid, de ce qui est jugé grossier ou fin, le passif et l'actif, relève d'une construction sociale dont les codes sont la propriété des classes dominantes dans le champ culturel et socio-économique. Si nous savons que l'obésité a une prévalence plus élevée dans les classes sociales les plus défavorisées, il est difficile de répondre à la question de savoir si c'est la pauvreté qui rend obèse ou l'obésité qui rend pauvre. Nous avons tendance à croire que les deux propositions peuvent être retenues à la fois sur des critères d'accès nutritionnels et sur une forte discrimination sociale à l'embauche et à la promotion à l'encontre des « gros ».

2. L'obésité au jeu des trois mots

Lors de 17 entretiens avec des médecins, nous avons demandé quels seraient les trois mots ou notions qui caractériseraient le mieux une femme ou un homme en obésité ?

Les réponses :

	Femme	*Homme*
MF6	Dyspnée/poussif, empathie, esthétique	Dyspnée, adiposité, mal dans leur peau
MH12	Hérédité, grossesse, conditions socio-économiques	Hérédité, biologie, d'autres dépendances
MH13	Poids, régime, exercice physique	Poids, appétit, difficultés pour l'exercice physique
MH14	Problèmes cardio-vasculaires, articulations, esthétique	Problèmes cardio-vasculaires, articulations, limitation vie quotidienne
MH15	Gras, dégoûtant, mou	Gras, dégoûtant, mou
MH16	Lenteur, arthrose, essoufflement, bâfreur (qui bouffe tout le temps)	Lenteur, gras, inesthétique
MH17	Inesthétique, poussif, plus chiantes que les mecs…	Joyeux, bon vivant, un peu trop gras
MF7	Handicap physique et psychologique	Plus de déni, socialement ça passe mieux, les repas d'affaire
MF8	Grosse, dépressive, à problème psycho-sociaux	Gros, malbouffe, fainéant
MH18	Énorme, suscite empathie, pathologie physique	Monstrueux, difficultés dans la vie quotidienne, une problématique
MH19	Dépressive, pathologies associées (diabète, HTA problèmes respiratoires). Profil psychologique dans histoire personnelle	Bon vivant, anxieux, avec des risques
MH20	IMC, pathologies associées, comment le vit-elle ?	IMC, pathologies associées, comment le vit-il ?
MH21	Souffrance physique et psychologique, effort puis encore souffrance, malheureuse, plus de complexes chez la femme	Souffrance physique et psychologique, effort et puis encore souffrance, malheureux
MH22	Mou, problème de santé, manque d'activité et d'effort	Gros, mou, problème de santé

	Femme	*Homme*
MH23	Régimes antérieurs, inactivité, sucre	Inactivité, alcool, fromage
MH24	Globalité, souffrance physique et psychologique, risques pour la santé + la femme est plus dans l'émotionnel que dans le rationnel	Globalité, Souffrance physique et psychologique, risques pour le santé
MH25	Diabète et maladies cardio-vasculaires, obstination, motivation, répétition. + Perdre quelques kilos pour être jolies	Diabète et maladies cardio-vasculaires, obstination, motivation, répétition

L'analyse des réponses des médecins permet de scinder les caractéristiques des patients obèses en deux catégories : d'une part, des éléments objectifs relevant de la clinique de l'obésité, d'autre part, des éléments subjectifs illustrés par des préjugés et des jugements de valeurs, éléments que nous avons déjà croisés au cours de notre analyse. Par ailleurs, les qualificatifs attribués à une femme ou un homme en obésité ne se superposent pas complètement.

Les éléments d'ordre objectif. – Le risque cardio-vasculaire est au premier plan, soit énoncé comme tel ou bien par ses pathologies corollaires (« *diabète, biologie, risque pour la santé, pathologies associées, HTA, respiratoires* »). En second lieu c'est le handicap qui préoccupe les médecins, qu'il soit de nature physique (« *articulations, arthrose, handicap physique, souffrance physique, essoufflement, dyspnée, lenteur, limitation vie quotidienne, difficulté pour l'exercice physique* »), ou psychique (« *mal dans leur peau, dépressive, malheureux, à problèmes psycho-sociaux, souffrance psychologique* »), ou enfin lié à l'hérédité.

Les éléments d'ordre subjectif. – Eux-mêmes se distinguent par deux points de vue opposés soit centrés sur le patient (« *empathie globale, conditions socio-économiques, comment le vit-elle ?* »), soit expression d'un jugement de valeur, sur l'apparence (« *énorme, monstrueux, inesthétique, perdre quelques kilos pour être jolie, gras, dégoûtant, mou* »), ou sur le comportement et les vices (« *poussif, fainéant, manque d'activité et d'effort, bâfreur, malbouffe* »).

3. *La discrimination homme/femme*

Au jeu des trois mots, nous saisissons que, globalement, l'obésité chez la femme est jugée plus inesthétique que chez l'homme. Si elle mange du sucre, lui c'est l'alcool et le fromage ; si la femme est le plus souvent dépressive, l'homme sait être « *jovial, bon vivant malgré l'anxiété, bien qu'un peu trop gras* », alors que les femmes sont « *plus chiantes que les mecs…* ».

Les femmes et les hommes sont saisis dans un système commun de représentations quant il s'agit d'approcher les éléments d'ordre objectif, mais le discrédit est plus fort

dans la perception subjective des femmes qui souffrent d'obésité, que le médecin interrogé soit, lui-même, homme ou femme.

La discrimination entre homme et femme apparaît telle que nous l'avions déjà rencontrée dans le domaine de l'humeur avec les hommes « bons vivants » et les femmes nécessairement « dépressives ».

- *(MF6)* C'est vrai que pour les femmes il y a cette question d'esthétique qu'on retrouve beaucoup moins chez les hommes.
- *(MF1)* C'est quand même souvent beaucoup plus une recherche esthétique chez les femmes avant tout.

La joliesse du corps féminin n'est pas un obstacle à l'expression de ses représentations à en croire ce médecin :

- *(MH2)* J'ai pas de tabou moi, donc ça me gêne pas de parler de la beauté des femmes, surtout quand on les aime.

Ces déclarations nous permettent de repérer les stéréotypes relatifs à la plastique corporelle chez les femmes et le présupposé que ce conformisme du corps est le souhait premier des femmes.

- *(MH13)* Donc si vous avez une jeune femme de trente ans qui est en excès de poids et qui prend la pilule par exemple. Sa motivation ne sera pas tellement le fait que prendre la pilule et l'excès de poids n'est pas terrible pour la santé, ça sera plutôt pour aller à la plage. (…) C'est-à-dire qu'il y a beaucoup de femmes qui veulent perdre quelques kilos pour être plus jolies, pour s'habiller, parce que c'est le printemps ou l'*été*.

Une jeune femme serait donc davantage préoccupée par son apparence que par sa santé. L'excès de poids s'inscrirait seulement dans le diktat de la minceur, la jeune femme se trouverait ainsi transformée en une futile victime consentante des stéréotypes contemporains qui se résument ainsi :

- *(MH18)* Pour moi, une femme doit être belle et jolie et je ne peux pas trouver une femme grosse jolie.

La barrière professionnelle se trouve allègrement franchie dans cette assertion pour se trouver confrontée à un jugement qui relève de l'imaginaire personnel d'un homme et non plus d'un médecin.

Plusieurs médecins s'accordent à dire que les femmes déjà mariées n'ont plus ce besoin puisqu'elles ont un foyer constitué contrairement à celles qui sont dans le monde du travail ; pour les premières :

- *(MH2)* Elles laissent courir quoi (…) dû au fait qu'elles ont un mari, des enfants, elles ont en quelque sorte, elles ont leur situation.

Puis les secondes :

- *(MH1)* Je pense que les femmes qui prennent le train, qui ont un boulot à Paris, elles ont envie d'être en forme, elles ont envie d'être belles, et elles ont envie qu'on les regarde.

Le préjugé d'ordre social, ici énoncé par des hommes, assigne aux femmes non pas un paraître pour elles-mêmes mais une fonction esthétique pour les autres. Il s'agirait d'afficher une disponibilité du corps soigné à la prédation générale du regard. Fonction qui serait anéantie pour les femmes trop inscrites dans la conjugalité et la famille. Il leur est attribué une pensée duale qui affronte finalité conjugale et renoncement à la séduction.

Pour ces médecins, les hommes s'accepteraient-ils mieux que les femmes avec un excès de poids ? Subiraient-ils moins la pression sociale d'idéal de minceur ? Seraient-ils moins soucieux du paraître, la corpulence ferait-elle moins barrage à la séduction ?

- *(MF1) (Si les femmes)* essaient beaucoup plus, les hommes eux se confortent un peu dans leur aspect. C'est beaucoup moins péjoratif.

Peu de médecins admettent que les hommes sont soumis, tout comme les femmes mais à un moindre degré, à l'« idéal de minceur », et à l'image qu'ils renvoient d'eux-mêmes, à l'exception du cadre supérieur ou du manager :

- *(MH10)* Il faut qu'il reste jeune tout le temps, dynamique et tout, il faut qu'il garde cette image, celle qu'il renvoie est très importante par rapport à son boulot, tandis que celle de l'employé paraît moins importante par rapport à son boulot.

Lorsque le médecin est pris lui-même dans les valeurs communes du paraître, il avance :

- *(MH4)* Ce sont (mes) critères de beauté (…) mais très vite les mecs qui prennent un peu de bedaine je leur dis, « eh ! c'est quoi ça, c'est pas beau », J'essaie de leur faire remarquer assez vite, j'essaie de faire en sorte que les gens restent un peu sveltes et beaux.

Au-delà du jugement esthétique se pose la question du corps obèse comme objet de désir ou de dégoût. L'approche du corps désirable dans la relation de soin est une réalité de la pratique médicale et a fait l'objet de plusieurs travaux.

D. Corps désirable, corps indésirable

La séduction est attachée au paraître ; il s'agit d'exercer un pouvoir d'attraction sur l'autre, comme élément de distinction, fût-il éphémère, le temps d'une relation, quelle qu'en soit la nature : professionnelle, amicale, intime. Plumage et ramage sont à l'œuvre. Par essence, la séduction s'inscrit dans l'imaginaire des acteurs de la relation. Il s'agit d'une captation et d'une transformation fantasmatique de la représentation que l'on se fait de l'autre. Elle mobilise des éléments liés à la culture des sujets, en particulier les

codes qui président à la relation sociale, qu'elle se situe dans un espace public ou bien privé. Dans cette question de la séduction, comment le corps joue-t-il ? La rupture avec les standards esthétiques, le *canon esthétique*, confisque-t-elle aux personnes en obésité la possibilité de la séduction ? Peuvent-ils s'autoriser à se penser séduisant ? La relation de soin en est-elle modifiée, et plus encore, quelles représentations ont les médecins du corps de leurs patients en obésité ?

1. Corps obèse et séduction

« *Le gros a renvoyé imaginairement à une image féminine de rondeur et de mollesse avec la sexualité en anamorphose. Le gros ne pouvait être aussi bon mâle "baiseur" que le maigre* »[1], même si l'image médiévale gargantuesque ne le fantasmait pas ainsi : « *Tout est géant chez Gargantua. (…) Sa braguette est de dimension considérable, plus de seize aunes de long, soit presque vingt mètres !* »[2]. La métaphore de la dimension de la braguette laisse supposer l'usage qu'il en fait : « *Il testonnait ses gouvernantes cen desus dessous, cen devant derrière… Et déjà commençoit exercer sa braguette* »[3].

Si nous avons évoqué la mollesse des fonctions psychiques telle qu'elle est représentée dans le rapprochement entre obésité et dépression, nous pourrions parler également de mollesse dans la représentation sociale de la sexualité des personnes en obésité. Leur libido ne trouve nul lieu où être représentée dans l'imaginaire social. En conséquence, le corps obèse comme objet sexuel relève de l'impensé tout autant que de l'impensable. Deux adolescents témoignent : « *Comment peut-on être attiré par un corps si laid et disgracieux ? Elle considère avoir un corps indésirable* »[4].

Le corps comme objet de désir s'en éloignerait d'autant plus qu'il ne correspondrait pas aux codes qui favorisent le fantasme. Sur ce point, voilà ce que dit un médecin :

> • *(MH4)* La relation est différente, parce qu'on peut avoir une attirance pour quelqu'un de beau, que ce soit garçon ou fille. On a plus une attirance vers quelqu'un qui représente sexuellement quelque chose.

À nouveau, nous constatons la compression imaginaire entre beauté, désir et sexualité, telle que nous l'avions entrevue avec la construction du canon comme limon initial du concept d'idéal de minceur. Le « gros » n'incarnerait aucune figure du désir sexuel.

---

1 Lefourn J.-Y. (2014) « François Rabelais, orfèvre du gros », in *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris, éd. Albin Michel, p. 111.

2 *Ibid* p. 113.

3 *Ibid*. p 155.

4 Lauru D. (2014) *Op. cit*. p. 150.

D'autres médecins se sont exprimés sur ce point, non pas ès-qualité, mais en tant qu'homme ou femme. Ce point de vue personnel n'est pas l'exception parmi les médecins rencontrés :

- *(MH1)* Il peut y avoir des obèses tout à fait charmants et séducteurs.
- *(MF1)* Il peut y avoir séduction intellectuelle. Séduction ? Dans le cadre de séduction telle qu'elle est en jeu dans la psychanalyse ça va, *(mais)* ce n'est pas quelqu'un avec qui je sortirais, avec qui je coucherais dans la vie. Ah ben ! J'ai une certaine répulsion, ça c'est sûr, c'est pour ça que... Si c'est une femme qui est obèse je m'en fiche parce que je ne vais pas avoir de commerce avec elle *(sourire)* mais pour un homme c'est différent. Et je vous dis ça ne serait pas un objet sexuel pour moi, quelqu'un d'obèse.
- *(MF4)* Beurk !

Et qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'aborder ce qui est en jeu à l'adolescence pour les jeunes en obésité ? Peut-on parler de l'impossibilité de se sentir désirable ?

À l'adolescence, la pulsion sexuelle et ses modes de satisfaction émergent puissamment des limbes de l'enfance qui se termine. La problématique « *la plus secrètement insistante est, chez nos patients adolescents, celle de la séduction et de la rencontre amoureuse. Bien souvent, à l'adolescence, le surpoids s'installe comme un mode de défense contre l'accession à l'autre sexué. Cette carapace de chair les protège imaginairement contre le fait de pouvoir être source d'attraction amoureuse ou sexuelle pour l'autre* »[1].

La mise à distance, quasi spatiale, de l'autre comme sujet désirant est renforcée par l'analyse de C. Grangeard : « *Lorsque la sexualité est à éviter, pour diverses raisons, s'enrober paraît aider à se dérober au désir supposé de l'autre* »[2], comportement dont usera Claude à la puberté :

- *(F33)* Vers 12 ans, j'ai senti une chose étrange pousser, une "poids-trine", qui devint vite une très grosse poitrine. Ce n'était pas étonnant, du côté yougo de la famille, toutes les femmes avaient une grosse poitrine. Mais on n'aimait pas ça chez une petite fille, on m'encouragea à la cacher. Pour la dissimuler, je devins encore plus ronde, enrobant et masquant ma féminité sous de grands vêtements.

Claude souffre d'une douleur indicible bien au-delà de son hypertrophie mammaire qui l'encombre. Ce trop de chair qu'elle supporte mal fait écho à un manque :

- *(F33)* Je suis grosse du chagrin de n'avoir pas été aimée et je pèse mes mots. Il me semble que dès ma naissance j'ai cherché à plaire à ma mère.

Pour autant, il ne faudrait pas croire que le corps obèse constitue un obstacle rédhibitoire à la séduction ; la clinique nous enseigne que c'est parfois la personne en obésité qui

---

1 Birraux A., Lauru D. (2014). *Introduction. Le poids du corps à l'adolescence*. Paris, éd. Albin Michel, p. 13.

2 Grangeard C. (2014). *Op. cit.* p. 46.

fait barrage à l'idée même de son attractivité. Le témoignage suivant nous replace dans un vécu au quotidien, en contre-exemple de ce qui vient d'être avancé :

- *(F1)* Dans le métro, une fois, un petit jeune, j'étais de mauvais poil, et puis il me faisait du pied. Alors j'ai souri. Ça met de bonne humeur.

S. Benkémoun[1], en s'exprimant sur un forum, en dit davantage sur la perception des femmes en obésité quant à leur sentiment d'être séduisantes. « *La plupart des femmes grosses courtisées pensent que l'homme, qui les a choisies, n'a pas de goût et donc qu'il n'en vaut pas la peine. Cette ambiguïté crée un malaise dans les relations amoureuses. Beaucoup de femmes grosses courtisées refusent ce regard masculin sur des formes qu'elles détestent* ». Ceci renvoie à ce qui était énoncé par les médecins quant à l'attractivité du corps obèse.

Il se joue chez la personne en obésité un double processus de disqualification.

Le premier est déterminé par l'intransigeance du regard porté sur son propre corps, qui obère tout espace d'élaboration d'une possible séduction pour un autre, ce dont témoigne Elsa : « *En ce qui me concerne, le problème n'est pas tellement dans la séduction ou le regard des autres. C'est mon regard sévère sur moi. Ce regard qui consiste à me faire constater que je ne me plais pas, jusqu'à me dégoûter de moi, de mon image, de mon corps* »[2].

Ou encore, l'expression des doutes d'une adolescente s'exprimant sur un blog : « 17/08/15. *Je n'ai plus confiance en moi, j'ai souvent des doutes sur ma relation avec mon copain... Comment peut-il m'aimer, etc. J'ai peur que cela nuise à notre relation...* »

Le second processus de disqualification a trait à la normalité amoureuse qui exclut des représentations sexuelles le hors-norme, qu'il porte sur les préférences sexuelles ou la corpulence.

2. Corps obèse : objet de dégoût

Du fait des témoignages, nous pouvons rapprocher la question de la séduction à celle du dégoût. Il est possible de placer le corps obèse en point de mire de cette question. S'il ne semble pas être, pour le plus grand nombre, objet de désir sexuel, le corps obèse irait-il jusqu'à susciter le dégoût ? L'approche générale de la question permet de mieux comprendre les propos des médecins sur l'expression de leur dégoût au moment où cette question de la séduction, mais aussi du toucher, a été abordée.

---

1 Sylvie Benkemoun, responsable santé de l'association Allegro Fortissimo. « Quand les kilos menacent la libido ». Doctissimo. http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/savoir/8852-obesite-vie-affective.htm

2 Bardolle O. (2006). *Op. cit*. p. 123

Le dégoût serait une « *impossibilité momentanée à jouir et même à désirer. (…) C'est le jusant de vivre : le désir à marée basse* »[1].

À considérer le désir comme le manque, ce corps gros serait en situation de manquer pour l'autre. En ce sens le corps obèse peut-il participer, au même titre que les autres corps, à la parade permanente du désir sexuel, de la pulsion et de sa satisfaction ? Ou bien, est-il disqualifié ?

Est habituellement sujet de dégoût, ce qui vient souiller, mais aussi ce qui est de l'ordre du déchet.

À propos des aliments, nous parlons de souillure lorsqu'ils se trouvent en contact avec un agent jugé impur et qu'ils deviennent impropres à être consommés. La psychanalyse – Freud en particulier – a traité la question du dégoût en le rapprochant de l'excrémentiel et du génital, en faisant de lui, comme affect, une métaphore du refoulement. Le dégoût serait pour J. Kristeva « *une forme de protection somatisée contre tout ce qui pourrait compromettre l'intégrité du corps* »[2].

Le corps obèse constituerait une menace pour la représentation de son propre corps, qui s'en trouverait souillé. À ce propos, C. Margat écrit : « *qu'à la différence de l'horreur qui peut s'éprouver devant des visions ou des spectacles, les sensations insoutenables qui provoquent le dégoût touchent le corps. Il n'y a de dégoût visuel que si l'aversion éprouvée anticipe une impression tactile* »[3]. Elle renforce son argumentaire en citant W. Benjamin qui affirme que tout dégoût est originairement dégoût de contact. Le dégoût se produit lorsqu'il mobilise l'olfaction et le goût.

« *Le dégoût mobilise d'abord les sens qui ne font pas l'objet d'un consensus esthétique, tous les sens de proximité, à l'inverse de la vue, laquelle suppose une distance qui nous permettrait d'être à l'écart de ce qui nous répugne. En effet, si certaines sensations visuelles peuvent provoquer une impression de dégoût, il s'agit plutôt d'une crainte résultant d'une anticipation de la perception.* »[4]

Quant à l'odorat, il est présent dans les témoignages des médecins – nous l'avons vu à propos de la rose lorsqu'il s'est agi d'aborder la couleur et l'obésité – et constitue un puissant vecteur de dégoût :

---

1 Comte-Sponville A. (2013). *Dictionnaire philosophique*. Paris, 4e éd. PUF. p. 249.

2 Memmi D. et al. (2011). « Anatomie du dégoût » (Introduction). *Ethnologie française*. PUF 2011/1 (Vol. 41), p. 5-16. Cite Kristeva J (1983). Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection. Paris. Le Seuil. Coll. « Points essais ».

3 Margat C. (2007). « Dégoût », in *Dictionnaire du corps*, (dir. M. Marzano). Paris, PUF, p. 285-288.

4 Margat C (2011). « Phénoménologie du dégoût. Inventaire des définitions ». *Ethnologie française*. Paris, PUF, 2011/1 (Vol. 41) p. 17-25

- *(MF9)* On les voit bien les gens obèses, ils transpirent, ils ont beau se laver, souvent dans les plis, ça macère, ça sent mauvais, c'est quand même quelque chose ; moi, j'ai un peu pitié parce que je me dis ça pourrait être moi.

Ce médecin prend conscience de sa difficulté en affirmant :

- *(MF9)* Je me dis qu'il faudrait que je fasse quelque chose, mais voilà il faut passer cette aversion.

Il n'est pas surprenant de voir surgir la référence à l'olfaction dans la relation de soin. Nous savons depuis Démocrite combien les philosophes, puis les sociologues, se sont intéressés à l'odorat. Il fut, d'un point de vue philosophique, source de discours contradictoires(1). Aujourd'hui, nous savons que l'olfaction participe des objets de reconnaissance sociale par les odeurs corporelles mais aussi sexuelles par l'entremise des phéromones. L'odeur est un puissant vecteur d'attraction – tout autant que de dégoût –, elle est perçue, ici et maintenant, sans anticipation.

Le dégoût du corps nous permet d'expérimenter notre propre corps en déniant l'incarnation de l'autre réduit à un déchet. En somme, le dégoût viendrait en creux, en négatif du goût, comme le laid est au beau., l'un ne pouvant exister sans l'autre. On trouve chez P. Bourdieu une critique sociale du jugement esthétique, pour constater que le goût a capacité à juger les valeurs esthétiques. Le goût s'élèverait au dessus de ce qui est bas, dégradé, avilissant. Le corps gros, à considérer comme objet de mauvais goût, susciterait alors le dégoût. P. Bourdieu renforce le propos lorsqu'il discute le goût « impur » selon Kant qui associe ce goût primitif et impur au plaisir des sens : « *Le goût de la langue, du palais, et du gosier* »(2). C'est précisément les plaisirs de la table, goût impur, qui font le lit de la stigmatisation de l'obèse.

« *Le dégoût est l'expérience ambivalente de l'horrible séduction du dégoûtant et de la jouissance qui opère une sorte de réduction universelle à la corporéité, à l'animalité, au ventre et au sexe (…) L'objet qui s'impose à la jouissance* (pour nous le corps obèse) *tant en image qu'en réalité, en chair et en os, neutralise aussi bien la résistance éthique que la neutralisation esthétique : en somme, il anéantit le pouvoir distanciant de la représentation.* »(3)

Pour illustrer ce propos, nous faisons référence au personnage de Nestor dans *Nestor rend les armes,* roman où un homme obèse traîne sa vie et son corps autour de l'agonie de sa compagne. « *Regardez comme je suis gros. Je marche voûté. (…) Je dois porter ce*

---

1 Sur ce point il est possible de consulter des philosophes aussi divers que Platon, Aristote, Kant, de Condillac, Nietzsche ou Marx.

2 Bourdieu P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Les éditions de minuit. p.566.

3 *Ibid*. p. 570.

paquet énorme qui me ressemble », et à propos de son corps : « *C'est un ami et un tyran. Il n'essaie pas de se rendre aimable. Je dois passer près des gens, l'air de rien, l'air tranquille, (…) alors que je n'ignore rien de ce que ressentent les passants – du dégoût* »[1].

F. Dagognet, partant de la tache de graisse, à prendre comme une souillure, stipule qu'elle constitue une condamnation matérielle mais aussi une faute morale : « *Il est encore possible de descendre d'un degré en direction du dégoûtant et de l'immonde (une philosophie de la poubelle) : il s'agit de prendre en compte le tissu sali, l'étoffe tachée, les papiers imbibés de graisse, tout ce qui relève de la souillure. Ce dernier mot englobe à la fois une condamnation matérielle (celle qui frappe la saleté), et une faute morale, ce qui intensifie l'indignité*». [2]

La tache ne serait-elle pas « *l'indice d'une gourmandise qui frôle la goinfrerie, la soumission au corporel qui n'est plus dominé, la trace de nos pulsions incontrôlées ?* »[3]

La graisse stockée, matérialisation de l'excédent, ne se trouve-t-elle pas « *proche de la décharge ou du dépotoir ?* »[4], s'interroge F. Dagognet. L'adiposité ne trouvera nulle reconnaissance dans le platonicisme, épistémologie de la pureté. La graisse est réprouvée car elle laisse des traces, notre trace, « *elle concrétise notre présence et notre passage, ainsi que nos activités* »[5]. Nos empreintes digitales, témoins de notre exsudation graisseuse, scellent nos déplacements. Si le premier discrédit est la visibilité de la salissure, le second, c'est que le gras « *prend sa source dans sa nature même : il est un "corps mou"* »[6]. Le lipide nous met devant une substance incertaine, ambiguë, « *à la manière du traître qui appartient à deux mondes* »[7]. Depuis cette interrogation sur le dégoût du corps obèse, nous pouvons explorer les représentations qu'ont les médecins de la mise en jeu d'un tel corps dans la relation sexuelle.

3. Les médecins et le toucher des corps gros

L'examen physique des patients est une des caractéristiques de la consultation médicale. C'est le moment de la plus grande intimité des corps puisque le médecin touche le corps plus ou moins nu de son patient. Plusieurs sens sont mobilisés, la vue du corps nu, le toucher, l'odorat et l'ouïe par l'auscultation mais aussi par la continuité de l'échange

---

1 Dupond-Monod C. (2011). *Nestor rend les armes*. Paris, éd. Sabine Wespieser, p. 23.

2 Dagognet F. (1997). *Des détritus, des déchets, de l'abject*. Paris, éd. La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », p. 101.

3 *Ibid*. p. 101.

4 *Ibid*. p.102.

5 *Ibid*. p. 106.

6 *Ibid*. p. 109.

7 *Ibid*. p. 109.

verbal entre les protagonistes. Il se dit des choses singulières alors que le patient est allongé et que le médecin se tient très près de lui.

a) La difficulté technique

L'examen clinique suppose la mise en jeu de repères, repères anatomiques, mais aussi sémiologiques en cas de pathologie identifiable par la palpation. L'obésité rend difficile l'examen physique du fait des pertes de repères à la palpation, mais aussi du fait de la diminution de perception des bruits du cœur, de la ventilation dans les poumons. C'est ce dont témoignent ces médecins :

- *(MH1)* Ça peut être gênant dans l'examen clinique, effectivement palper un ventre où il y a plein de graisse, ça ne facilite pas l'examen.
- *(MH2)* Peut-être pour examiner l'abdomen, là il y a un panicule adipeux qui fait qu'on ne sent pas, on a du mal à palper les organes en dessous, ou ausculter le cœur, car on entend moyen.

Lors des entretiens, surgit de façon régulière le « surmoi hippocratique » qui favorise l'énoncé d'une totale neutralité à l'égard de l'apparence des patients ou de leur appartenance sociale. L'assertion est un des piliers de la déontologie médicale, les médecins en disent ceci :

- *(MH3)* Non, non pour moi un patient, il est maigre, il est gros, tout ça, c'est un patient. Il frappe à la porte du cabinet parce qu'il a besoin d'aide. C'est point barre.
- *(MH8)* Ça ne change rien du tout. Bon après, il y a les obésités morbides ou c'est plus compliqué parce qu'ils sont...

L'expérience permet aussi de s'adapter à la morphologie des patients pour pratiquer sa médecine, c'est ce que laissent entendre ces deux praticiens, dont le second a eu une pratique d'urgentiste :

- *(MH2)* Avant oui, c'est vrai par exemple il m'arrive d'avoir des maliennes ou des sénégalaises et effectivement...
- *(MH3)* C'est compliqué, j'avoue, il y a des trucs, il y a des complications. Mais en même temps je suis là pour l'aider, (…) il faut s'adapter à n'importe quel cas et dans n'importe quel coin du monde.

Si ce n'est pas l'expérience qui est en jeu, c'est l'expression de la responsabilité de chacun et une forme de détachement par rapport au corps-objet.

- *(MH5)* Je n'ai pas de répulsion. D'abord je m'en fous. Moi, c'est moi, et l'autre c'est l'autre. On me demande un avis, je suis là pour le donner. J'accompagne les gens, mais alors ce qui leur arrive, j'en ai rien à cirer. Que dalle, ils se démerdent. Moi je suis là pour les aider s'ils veulent, je suis là pour donner la main à quelqu'un et lui permettre de traverser la rue. S'il ne veut pas me donner la main pour traverser la rue *(il tape dans ces mains)*.

b) Le ressenti

Si la difficulté technique fait consensus, certains médecins vont un peu plus loin pour exprimer leur ressenti au contact des corps obèses :

- *(MF3)* L'examen, il est difficile déjà pour commencer. Parce que les gens ont du mal un peu plus à se mouvoir. Parce que la palpation des organes est plus difficile. Donc déjà là, c'est une difficulté supplémentaire pour nous. Après vous ajouter éventuellement, pour les uns ou les autres, des odeurs un peu plus fortes, des mycoses, des trucs comme ça. C'est moins agréable.

Lorsque l'enquêteur pose la question de la gêne pour l'examen clinique, ce médecin répond « *non* », mais un peu plus tardivement dans l'entretien il confie :

- *(MF4)* Le problème des corps gros, ce qui est toujours embêtant, c'est les complications cutanées avec les mycoses, les machins comme ça. Ça ce n'est pas agréable, ni pour le médecin qui doit examiner, ni pour le patient.

La question ou l'expression du déplaisir apparaît, lors des entretiens, pour dépasser la seule dimension de la difficulté technique de l'examen physique.

- *(MH7)* Ah, non, déplaisant… J'ai l'impression d'être relativement détaché… Je n'ai pas un dégoût.
- *(MF2)* Ben déplaisant oui. Il y a beaucoup d'autres choses qui sont déplaisantes. Ce n'est pas facile à examiner. Disons, enfin moi, je dirais que c'est plus compliqué à examiner un corps obèse. Mais je ne suis pas dégoûtée.

Un certain déplaisir peut-être, mais pas de dégoût dans ces témoignages, encore que :

- *(MF1)* Chez les patients obèses je ne sens rien de toute façon déjà et j'ai jamais beaucoup aimé toucher les patients, même les minces. C'est pour ça que je fais beaucoup de psychanalyse. Mais c'est vrai plus chez les patients obèses, il y a déjà une répulsion physique.

Toucher le corps fait partie de la pratique pluriquotidienne du médecin. L'apport de l'examen clinique à la démarche diagnostique reste majeur en médecine générale. À travers ces témoignages, nous relevons une certaine réserve quant au contact du corps obèse au-delà de la simple et réelle difficulté technique. À partir des travaux de F. Dagognet, nous avons développé précédemment les éléments qui s'enchaînent pour favoriser le dégoût. La mise en jeu des sens, en particulier l'anticipation par la vue, favorise l'impossibilité du toucher. Ici le médecin est contraint d'examiner le corps, sa clinique l'impose, mais ce n'est pas sans susciter un certain dégoût. Toutefois, la situation opposée peut aussi être difficile :

- *(MH1)* À la limite, quand on voit quelqu'un qui est complètement cachectique c'est pire, sentir les os directement c'est…

Le constat que nous pouvons faire à partir de ces témoignages, c'est la force du rapport de subjectivité au corps de l'autre. Loin d'être un simple instrument mesurable, il se dégage une toute puissance de la présence du *corps-sujet,* là où nous avions considéré combien les médecins étaient enseignés et rassemblés autour du *corps-objet*. Le hiatus est source d'émotions à l'origine d'un inconfort psychique et relationnel, d'autant plus grand que le corps est hors-norme.

4. Représentations des médecins sur la sexualité des patients en obésité

La séduction, qui suppose un possible commerce des corps, trouve définitivement à engloutir le fantasme de ce possible et repousse ainsi la crainte d'une compromission avec un objet indigne d'être physiquement approché. La promiscuité des corps, indifférents ou repoussants, suscite du dégoût et une menace pour son propre corps. De ce fait, si le corps obèse ne peut être objet de séduction et de désir, qu'il peut engendrer le dégoût tactile, une relation sexuelle ne serait envisageable que dans le cadre d'une transgression pour une jouissance qui relèverait de la perversion.

Ce que les médecins donnent à entendre sur l'impossibilité d'un rapport de séduction corporelle entre eux et les patients obèses, illustre cette mise sous écrou du désir pour éloigner de leur imaginaire toute évocation érotisée de la pensée[1]. Nous pouvons rapprocher cette analyse des choix sémantiques en relation avec l'excrémentiel que nous avons relevés à propos du désintérêt des médecins à s'occuper des patients en obésité. Quelle autre maladie génère un langage proche de l'ordure ?

Le corps obèse comme objet de séduction pour les médecins relève de l'inconcevable. Si la relation de soin est régulièrement visitée par des composantes de séduction, il n'en serait rien, nous l'avons vu, en ce qui concerne les médecins à l'égard de leurs patients en obésité. L'OMS a mis récemment en avant la santé sexuelle comme source d'équilibre personnel. À ce titre, les médecins sont invités à s'enquérir de difficultés sexuelles ou de manques chez leurs patients. Comment les médecins se représentent-ils la sexualité de leurs patients en obésité, si, toutefois, ils s'en inquiètent ?

---

1 Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié en décembre 2010 *Pratique médicale et sexualité : le risque de la séduction* afin de rappeler aux médecins leurs engagements déontologiques à propos de l'éventualité de relations sexuelles entre le médecin et son ou sa patient(e). Il y est précisé que « la pratique médicale expose à des contacts intimes susceptibles de dégénérer en relation sexuelle. Or, celle-ci correspond à un interdit absolu, si évident sans doute qu'il n'est pas précisément identifié dans le Code de déontologie médicale ». Quelques études sur le sujet ont été publiées vraisemblablement avec une sous-évaluation des chiffres. Ainsi, une étude faite chez des psychiatres américains publiée par l'APA *(American Psychiatric Association)* en 1986 faisait état de 80 % de psychiatres admettant avoir eu une attirance sexuelle à l'égard de leurs patients, un peu plus de 10 % avouant être passés à l'acte (parmi lesquels on compte 7 hommes pour 3 femmes). La même étude nous apprenait que 80 % des relations sexuelles avaient eu lieu entre un thérapeute et ses patientes, près de 40 % de ces praticiens avouant avoir récidivé contre aucune psychiatre.

- *(MF1)* De mon souvenir, les relations amoureuses, les gens que j'ai vus, ils n'en parlent pas tellement.
- *(MF1)* Je pense qu'ils ont des problèmes pour trouver des partenaires, enfin des problèmes… beaucoup plus que les autres, parce que même les minces ont des problèmes pour trouver des partenaires, eux ils en ont encore plus.

Nous savons, par de nombreuses études et enquêtes, que les patients abordent rarement les questions de leur sexualité avec leur médecin à l'exception de troubles spécifiques (troubles érectiles, éjaculation prématurée, sécheresse vaginale et dyspareunie, etc.). Cependant, nombreux sont les patients qui aimeraient que leur médecin les questionne à ce sujet. Et même s'ils n'ont pas d'attente, ils déclarent qu'ils ne seraient pas choqués de ce que le médecin s'enquiert de leur santé sexuelle. La réticence des médecins semble d'autant plus paradoxale que la société affiche une permissivité croissante pour le fait sexuel, en partie à la faveur d'un glissement de la primauté de l'esprit, très empreint de religion, vers la primauté du corps, comme objet de toutes les attentions.

Le corps est le porte-parole de son désir et l'objet de ce dernier. Encore faut-il que cette parole puisse être exprimée, sinon entendue, encore faut-il que ce corps soit objet de désir.

E. Le regard des internes en médecine générale

Les étudiants en médecine portent-ils le même regard que leurs aînés sur les personnes en obésité ? Pour répondre à la question, nous avons invité 29 internes en médecine générale à participer à trois séances de Photolangage. Pour ce faire, nous avons réuni trois groupes, d'une dizaine d'étudiants chacun. Ce travail a permis de dégager quelques éléments communs de représentation et d'autres spécifiques à cette population de jeunes médecins.

1. Le Photolangage : approche des représentations

a) Les « gros » sont « des grosses »

Sur l'ensemble des 29 étudiants participants, en aval de la phrase d'accroche : « *Une personne en obésité vous dit : Docteur je ne supporte plus ce poids, ce n'est pas la gourmandise, je n'ai pas eu de chance* », 23 ont associé à « *une personne* » l'image d'une femme en obésité, cinq un homme et un n'avait pas imaginé le genre de la personne.

Cette représentation du monde de l'obésité qui serait le quasi-apanage des femmes n'est pas conforme au *ratio* de répartition de l'obésité entre les femmes et les hommes dans la population adulte (15,7 % chez les femmes, 14,3 % chez les hommes).

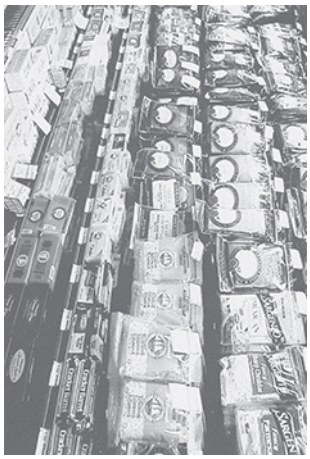
Pour expliquer la surreprésentation de l'obésité féminine dans l'imaginaire des étudiants, nous pouvons avancer que la pression de l'idéal de minceur n'est pas indifférente à ce phénomène de prisme puisque, si le ratio d'obésité homme/femme en population générale en France est voisin de un, dans notre échantillon il est six fois supérieur dans l'imaginaire des étudiants aux détriment des femmes.

b) Le choix des photographies par les étudiants

Parmi les 41 photographies en noir et blanc proposées aux étudiants, 25 ont été choisies par les étudiants, comme support de leurs représentations en relation avec la phrase d'accroche citée ci-dessus. Chaque étudiant choisissait deux photographies.

Avion tiré par une corde
(document choisi 11 fois)

Étal de supermarché
(document choisi 10 fois)

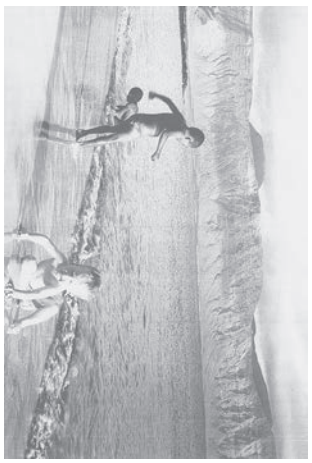


Flûtiste
(document choisi 6 fois)

Pianiste
(document choisi 4 fois)

Arbre mort
(document choisi 4 fois)

Enfants sur une plage
(document choisi 4 fois)

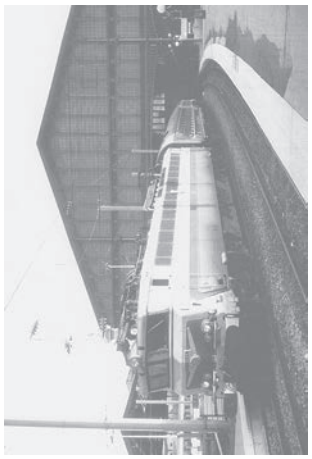


Batterie de canons
(document choisi 4 fois)

Enfant souriant
(document choisi 3 fois)

Dessin flou de visage
(document choisi 3 fois)

Train
(document choisi 2 fois)

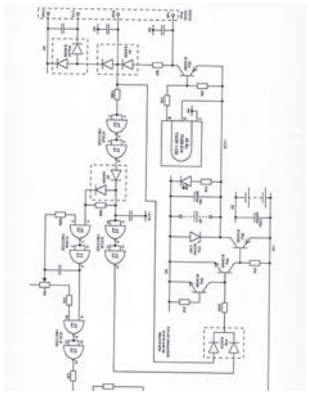


Paveur
(document choisi 2 fois)

Cyclistes
(document choisi 2 fois)

Fleur
(document choisi 2 fois)

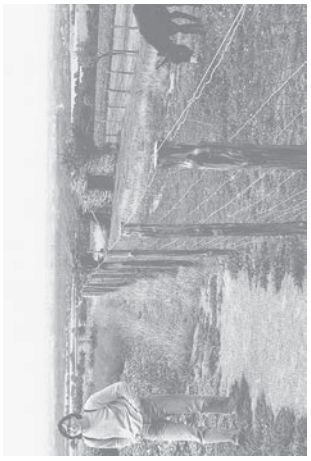
Circuit électronique
(document choisi 2 fois)



Bateau
(document choisi 2 fois)

Mannequin
(document choisi 2 fois)

Femme et âne
(document choisi 2 fois)

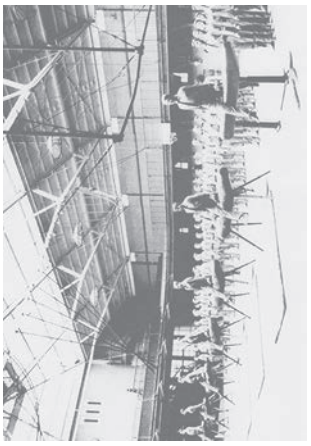


Chemin de nuit
(document choisi 1 fois)

Arbre
(document choisi 1 fois)

Couple
(document choisi 1 fois)

Gymnastes
(document choisi 1 fois)



Village de montagne
(document choisi 1 fois)

Village sous la neige
(document choisi 1 fois)

Tournevis
(document choisi 1 fois)

L'avion à l'arrêt au bout d'une corde est revenu le plus souvent (11 fois) comme métaphore du poids à tirer et de l'inertie, puis l'étal du supermarché comme symbole de l'abondance alimentaire, de la tentation, ainsi que le flûtiste comme expression de la solitude (6 fois)[1].

2. *Les grignoteuses*

Karline choisit une première photo qui représente un étal de **supermarché** – à propos de l'étal, Victoire dit ceci : il « *évoque l'abondance. Il y a beaucoup de choix dans la société de consommation pour manger, on a le choix, c'est abondant* » (de quelle abondance parle-t-on ?) –, le surpoids évoque pour Karline le grignotage, « *parce que souvent les patients ne reconnaissent pas le grignotage. (…) C'est un des facteurs qui peut entraîner le surpoids. D'avoir à la maison plusieurs petits paquets de choses à grignoter peut entraîner… voilà ! (…) Donc il faut chercher pour retrouver ce grignotage…* »

Le grignotage revient souvent dans les discours des médecins, des étudiants et des patients. Si les professionnels considèrent volontiers qu'il existe un déni de cette activité alimentaire par les patients, bien au contraire, lors des entretiens, les patients reconnaissent facilement la place de ce comportement dans leurs habitudes alimentaires. Qu'en penser ? La norme alimentaire dans sa ritualisation autour des trois repas fait apparaître le grignotage comme une possible délinquance du fait que non seulement le rituel du repas s'en trouve menacé, mais aussi il reflète le manque de maîtrise dont régulièrement les personnes en obésité sont créditées. Les médecins attribuent à cette pratique alimentaire la connotation de l'aliment de « surcroît », de « surplus », de « futile » en opposition aux aliments « nécessaires » qui trouveraient leur place au sein des repas structurés. Cet « entrop » de nourriture, qui nous ramène aux modèles exogène et additif, constituerait une menace pour le contrôle du poids.

Émilie, qui choisit également l'étal, pour les mêmes raisons, parce qu'il « *représentait des petits biscuits à grignoter… devant la télé* », en y associant une idée de passivité, évoque la gourmandise : « *passer devant l'étal et prendre un petit truc en passant, pour le grignoter sans s'en rendre compte qu'on mange véritablement quelque chose* ».

Amélie sélectionne aussi l'étal pour évoquer le grignotage, et les mêmes conditions de sa mise en œuvre, à l'insu de la conscience de la femme qu'elle suppose être la personne qui consulte. Rafik se saisit également de la photo de l'étal et avance « *qu'il symbolise l'addiction de cette femme, du même ordre que la clope, (…) que ce soit des paquets de chips c'est un peu pareil. Ce sont des gens qui ne se rendent pas compte de ce qu'ils grignotent* ». Émilie rejoint ses collègues sur le grignotage en soulignant la passivité et la

1 Les photos sont proposées aux participants sous forme de kit, l'animateur ne sélectionne pas les photos.

possibilité de prises alimentaires non conscientes : « *Je vois quelqu'un de passif devant la télé, qui s'ouvre son petit sachet, et qui mange sans même s'en rendre compte* ». La télévision sert la mise en scène du préjugé ; la passivité physique s'amalgame avec la passivité intellectuelle supposée devant un petit écran ; l'aliment indifférencié pour le corps fusionne avec celui tout autant indifférencié pour l'esprit. L'image de la personne obèse surgit comme un être sans distinction, *vulgum pecus*. De plus, si le grignotage peut être non conscient, il peut aussi être dénié par le sujet. Mais dans la représentation des étudiants, peut se substituer au non conscient une dissimulation volontaire. Le médecin se livre alors à une véritable enquête.

3. Le déni, la faute : coupable ou victime ?

Pour Antonin, ayant aussi sélectionné l'étal, si la pulsion orale est présente « *c'est plus fort qu'elle* », la patiente « *avoue avoir trop mangé, elle avoue avoir eu la tentation de l'alimentation* ». L'image le ramène à l'idée d'abondance, « *le fast… la tentation d'avoir beaucoup de choix, d'avoir trop de choix même* ». Alors s'annonce un combat pour la personne en obésité – « *je suis tentée, j'ai des envies, j'essaye de résister…* » –, jusqu'à imaginer « *qu'elle est obligée d'en prendre, jusqu'*à avouer cette tentation là » même si « *elle ne veut pas paraître coupable* » ; l'aveu est parfois impossible « *parce que les patients ne reconnaissent pas… ne reconnaissent pas le grignotage* » (Émilie) , « *mais ce n'est pas cette tentation qui l'a faite grossir* » (Antonin) , sous-entendu qu'on ne grossirait pas de l'air du temps. L'aveu, « *elle avoue, elle avoue finalement, avoir mangé, bien qu'elle s'en défende* » (Antonin), lorsqu'il a lieu, vient clore ce débordement alimentaire comme seule condition à ce que le médecin qu'il est puisse comprendre, voire pardonner, la faute originelle.

Pour Éléonore, le linéaire du supermarché ramène aussi à l'idée de la faute comme conséquence d'une tentation extérieure : « *C'est une façon de remettre la faute vers l'extérieur* ». La relation d'un objet extérieur à sa pulsion non contrôlée fait du sujet «*une victime, car quoi qu'il arrive, elle est victime, elle se sent victime d'un événement extérieur* » mais la patiente porte sa responsabilité qui, pour Élodie, « *signe un aveu de culpabilité (…) et que de se placer en victime c'est un aveu de culpabilité, ce n'est de moi que ça vient, c'est un aveu fort de culpabilité* ». Cette position est d'abord renforcée par Maëlle, puis elle nuance : « *C'est facile de dire que la faute vient de l'extérieur, ou qu'il y a un facteur extérieur parce que, en plus de la dépression, s'il y a de la culpabilité, c'est… difficile de s'en sortir* ». « *Tout le monde se donne des excuses* » mais « *je trouve que ce n'est pas forcément mal qu'elle le dise (je n'ai pas eu de chance) parce que ça peut l'aider à s'en sortir* ». La personne en obésité serait un être commun, ni plus, ni moins, s'arrangeant avec la vérité, comme tout le monde.

La relation de confiance, si souvent avancée lorsqu'il s'agit d'évoquer ce qui caractérise une relation de soin entre un patient et un médecin, se trouve ici entachée d'une suspicion de mensonge, Fanny (2)[1] en choisissant l'étal avance sur le thème de la confiance : « *Malgré ce qu'elle dit… l'obésité c'est quand même un excès de nourriture, donc elle nie. C'est ce qui choque : la négation du problème principal (…) Ce n'est pas cohérent, a priori si elle est obèse c'est qu'elle a trop mangé* ».

Mais le discours des participants peut être plus circonspect et concède le bénéfice du doute : « *Elle dit* : *ce n'est pas de la gourmandise, je ne le remets pas en cause mais…* ». (Victoire)

Devant la photo d'un **flûtiste** devant son instrument, la responsabilité de cet « en-trop » peut être assumé : « *Je le vois plus dire qu'il a trop mangé, ou qu'il est triste, pas rejeter la faute sur quelque chose d'extérieur* » (Maëlle).

Le paradoxe de ces témoignages d'étudiants est d'interpréter la phrase « *Docteur, ce n'est pas la gourmandise…* » à l'inverse de ce qu'elle énonce. La suspicion et le doute président à la représentation que les étudiants se font de leur interlocuteur : il triche avec la vérité. Tout se passerait comme si la puissance du déni venait masquer le réel du rapport véritable entretenu par les patients avec les ingestions de surplus. Le plaisir alimentaire de tout un chacun se réduirait, pour ces patients, à la seule gourmandise du seul fait d'être obèse. En corollaire, il conviendrait de qualifier la faute, la faire avouer pour qu'enfin une relation de soin puisse s'établir. La confiance s'établirait à la seule condition préalable d'avoir lavé la faute du mensonge par l'aveu et la contrition. Avoir fauté au regard de la règle de la continence alimentaire, en éprouver de la culpabilité face à soi-même et au regard de l'autre, avouer dans l'espérance de l'apaisement rédempteur, payer sa dette sociale, voilà le chemin qui est proposé au sujet corpulent. Et celui-ci le sait.

« *C'est alors, face aux pairs, au lycée que, tout à coup, le corps devient l'ennemi. Se regarder dans la glace, s'habiller, rencontrer le regard des autres, devient une épreuve insupportable qui soulève des angoisses massives. (…) Se gaver, manger jusqu'à plus faim fait céder celles-là et, le temps d'une digestion, apaise les éprouvés persécuteurs de la chair, mais n'évite pas, au réveil, ce face à face informe et douloureux avec soi-même* »[2].

Le surplus émotionnel peut être contenu par les subterfuges de l'accommodement entre le réel et l'éprouvé :

- *(F29)* Je ne saurais me présenter dans son cabinet sans un motif de mon échec. Je me débrouille toujours pour feindre d'ignorer la honte et la culpa-

1 Deux étudiantes portaient le même prénom de Fanny, nous les avons identifiées par Fanny (1) et Fanny (2).

2 Birraux A., Lauru D. (2014). *Le poids du corps à l'adolescence*. Albin Michel, p. 12.

> bilité. Je fais des petits arrangements avec moi-même. De cette façon, c'est supportable.

Non seulement se dessine le sentiment de mésalliance douloureuse entre soi et son corps, mais la confrontation sociale au regard réprobateur de l'autre en donne la pleine mesure communautaire. Seul l'ajustement par la distanciation permet le soulagement de la tension.

4. « L'obèse », victime avec ou sans consentement

La question de la responsabilité nous ramène aux modèles endogène/exogène. Suis-je victime d'événements extérieurs sur lesquels je n'ai pas prise ? Ou suis-je le propre géniteur de ma condition ?

Les étudiants expriment des avis contrastés : « *Dans l'obésité, il y a des prédispositions génétiques, on n'est pas égaux. Deux enfants tout jeunes qui n'ont pas le même patrimoine génétique. Ce n'est pas juste* » (Victoire).

Cette étudiante, en choisissant **deux enfants jouant sur une plage**, prend délibérément une position rousseauiste, l'Homme est sain par nature. La maladie résulte d'une agression extérieure qui saisit le sujet à un moment de sa vie, son organisme ne pouvant faire face. Il s'y ajoute une notion d'innocence pour « *ne pas savoir ce qui va arriver face à l'environnement futur, dont l'alimentation* ».

Antoine, médecin animateur, renforce : « *Elle se pose en victime. Elle n'est pas coupable de son obésité elle est victime* ».

Le champ lexical dans le registre de la faute, de la victime ou du coupable, est intéressant pour le renvoi qu'il fait vers la terminologie du prétoire. Il apparaît clairement que la personne qui exprime son désarroi à être grosse doit pouvoir se justifier d'une telle infortune. Quel degré de responsabilité peut-on lui reprocher ? Le médecin se trouve mêlé aux débats, mais il lui incombe de décider comment faire pencher la balance par ses conclusions. L'intérêt est d'autant plus vif que les échanges entre les étudiants sont une illustration de la mise en jeu de préjugés, éléments qui composent les représentations sociales. Coupable ou victime, agression extérieure ou faillite intérieure, voilà le cœur de ce débat.

L'idée de l'agression extérieure ne trouve pas d'écho favorable chez Marie. Alors qu'elle a choisi une **photo de mannequin**, elle pense qu'en disant : « *J'ai pas beaucoup mangé, j'ai l'impression qu'elle se donne une excuse de ne pas être comme tout le monde* », mais « *On sent le malaise quand elle dit cette phrase, et là il y a cette top-model et l'image qu'elle se fait d'elle par rapport à cette top-model* ».

Tentative de Marie pour expliquer en prêtant à la patiente cette analyse : « *Je n'ai pas eu le morphotype de la femme parfaite dans la société* ». Mais « *dans la société on est obligé d'avoir cette image* ».

Une autre étudiante conclut : « *La personne se place en victime, donc quoi qu'il arrive, elle est victime* ». (Éléonore)

La photo de la *top-model* des années cinquante vient faire surgir le rapport à la norme corporelle pour une femme, elle se trouve contrainte d'y adhérer, l'espace de liberté de son libre arbitre se trouve restreint, et cela est si vrai qu'Éléonore ayant choisi cette photo en dit : « *La tristesse de se dire qu'elle ne pourra jamais retourner à cette taille-là… Voilà c'est vraiment la nostalgie, la tristesse* ».

Il y a là comme un parfum de paradis perdu. Un médecin, André, qui choisit aussi la *top-model*, commente son choix : « *J'ai pensé à cette mannequin qui répond à des normes, qui correspond à des canons de beauté et qui est enfermée dans une rotonde, une ronde rotonde qui est très jolie aussi. (…) Est-ce qu'il faut se dégager de cette coupole, de cette rondeur pour accéder aux standards de beauté* ».

Par analogie à la plastique unique, qui serait un standard, la seconde photo choisie par André représente des **gymnastes** qui sont « *assez étranges, ils sont tous en tenue pseudo-militaire, ils sont tous cravatés, en costume. On a l'impression que c'est une forme de conditionnement et de standardisation. Je l'ai perçu comme une forme normative de la société, ça fait écho à l'autre* ».

Il y a dans ces deux discours un affrontement de la représentation d'un corps normé entre probablement des visions contrastées d'un patient en obésité. Plaisir de ses formes actuelles sans contrainte, fussent-elles hors-norme, et nostalgie de ses formes anciennes, qui supposerait des sacrifices pour y revenir.

Le grignotage est un élément d'explication à la prise de poids, qu'il soit avoué ou dissimulé, conscient ou non, avec ou sans culpabilité. Quels sont les traits pathologiques qui favorisent le comportement alimentaire à l'origine de l'obésité ? Sur ce point les médecins interrogés avaient avancé l'idée de dépendance en lien avec une toxicomanie alimentaire. L'idée de la dépendance est évoquée par Aurélie lorsqu'elle envisage les solutions : « *C'est un sevrage hyper ingrat le sevrage alimentaire, on peut arrêter l'ordinateur, le tabac, de jouer aux jeux, on peut arrêter tout, mais on ne peut pas s'arrêter de manger, c'est vital* ».

Élodie, en choisissant l'**étal**, pense que « *c'est un aveu à demi-mot d'un rapport pathologique à la nourriture et à la dépendance qu'on peut avoir aussi avec le tabac* ».

Ce propos avait été avancé alors qu'un étudiant, en choisissant l'étal, pensait qu'il s'agissait de rayonnages de cigarettes : « *Cela symbolise l'addiction de cette dame, que ce soit des paquets de chips, c'est un peu pareil, probablement une addiction du même ordre* » (Rafik).

Force est de constater que le concept de dépendance est moins présent chez les étudiants que chez leurs aînés, de même que l'idée d'une toxicomanie alimentaire. Les échecs

constatés face à l'obésité, tels qu'ils en témoignent, les amènent-ils à considérer l'obésité comme le résultat d'une drogue « dure » dont le sevrage en serait d'autant plus difficile ? L'impuissance à guérir renforce-t-elle l'idée d'un rapport pathologique à la dépendance ?

Chez les étudiants, ce qui est le plus fréquemment mis en avant, c'est l'idée d'une dépression sous-jacente.

5. La souffrance : une clé de compréhension du patient et de son obésité

a) Le traumatisme ou la dépression

Nous avons vu combien, pour les médecins, un tel envahissement corporel par la graisse ne pouvait se concevoir sans qu'une faille dans l'appareil psychique ait eu lieu. La place qui est faite à la dépression est identique pour les étudiants. Si la dépression est posée comme telle, la rupture avec le contrôle sur soi surgit immédiatement du discours d'ensemble des étudiants. Karline suppose qu'il existe chez les patients en obésité « *un syndrome dépressif sous-jacent* ». Éric, à propos du **flûtiste** dit : « *Il est déprimé… On a l'impression qu'il a envie de mieux jouer, qu'il a envie d'*être meilleur ». L'**arbre mort**, comme un symbole d'une blessure profonde, fait dire à Caroline : « *Je le sens meurtri, comme la patiente l'est, blessée, meurtrie* ».

Le comportement alimentaire présupposé excessif chez une personne obèse peut être interprété comme une forme de suicide : « *Il y a là dedans une autodestruction : je ne m'aime pas parce que j'ai vécu un traumatisme, et je me vois dans ce corps grossir, grossir et finalement je continue de manger parce que, de toutes façons, j'ai une image de moi qui est détériorée et j'entretiens cette destruction de moi-même* » (Angèle)

Comme nous l'avions relevé chez les médecins, la possibilité d'un événement de vie douloureux pourrait expliquer le devenir du sujet dans l'obèse, sorte de refuge réparateur. « *Comme un refuge, la nourriture est un refuge dans certaines situations difficiles* », pense Juliette, en référence à son propre vécu, en choisissant des **enfants jouant sur une plage**, comme symbole d'un traumatisme ancien refoulé : « *Il y a quelque chose qui n'est pas dépendant d'elle. Un peu comme si elle avait vécu un traumatisme, je sens quelque chose de lourd derrière cette obésité, quelque chose que la patiente ne maîtrise pas du tout* ».

De ce point de vue, si l'agression psychique supposée est extérieure, la réponse protectrice est proprement endogène, c'est le fondement de la résilience. Une forme d'aptitude à panser ses plaies expérientielles douloureuses.

Deux notions principales peuvent être extraites des séances de Photolangage à propos de la dépression : la solitude jusqu'au rejet, l'appel à l'aide. Ce qui n'est pas dit, c'est le rapport de causalité : la dépression est-elle cause ou conséquence de l'obésité ? Ce que nous avions dégagé des entretiens avec les médecins, c'est que la dépression se

trouvait être souvent à l'origine de l'obésité. Elle venait faire figure non seulement d'explication, mais cette faille psychique redonnait de la cohérence aux représentations de ce manque pour construire imaginairement le fait d'être obèse. Indemne de cette faille, de cette déficience psychique, le sujet se trouverait à l'abri des conséquences comportementales et corporelles du risque d'obésité. Le raccourci particulier de considérer la dépression comme cause de l'obésité ne se retrouve pas de façon aussi nette chez les étudiants, l'association imaginaire surgit davantage dans le registre de l'émotion et des affects. L'expérience professionnelle limitée peut être une explication à la différence de représentations entre les deux groupes, même si le thème de la dépression est une base commune associée à l'obésité.

b) La solitude du patient en obésité

L'obésité contraindrait à parcourir seul un chemin dans l'obscurité, c'est la représentation qu'en a Leslie en choisissant **un chemin de campagne, la nuit** : « *La notion d'exclusion, de solitude, de tristesse, de déprime* ». Une **femme qui marche le long d'une barrière** qui limite un pré où se trouve un âne qui fait dire à Maëlle : « *Elle voyait qu'il y avait une différence entre elle et les autres. Il y a la barrière qui délimite bien tout ça. Du coup c'est… une souffrance* ».

Le point de la différence est nodal dans l'économie psychique des personnes qui souffrent d'obésité. Il y a comme une aspiration à se fondre dans une commune humanité, une forme d'indistinction sociale. Passer, pour être libéré, d'un statut de « non-personne » à celui de personne, se produisant alors un conformisme soulageant.

À l'isolement social s'ajoute la perte de sens illustré par une photo d'un **bateau sur une vaste étendue de mer**, qui, pour Fanny (1) recouvre « *la notion d'isolement, de perdition, avec pas vraiment de direction nette* », « *c'est quelqu'un qui est perdu* ». L'**arbre mort** fait dire à Magali : « *Elle s'est retrouvée plantée là comme l'arbre qui est tout seul, planté là* ». Quant au **pianiste** : « *Je me suis dit qu'elle devait être, avec son obésité, complètement perdue. Il doit y avoir un petit côté déprimé, la solitude, l'isolement* » (Anne-Charlotte), « *Je la sens désemparée, un peu perdue* ». (Antonin)

Les étudiants expriment leur compassion vis-à-vis de la solitude pressentie des patients. Solitude qui peut aller jusqu'à la détresse. L'image de **circuit électronique** suggère à Éléonore : « *Les formules mathématiques qui se répètent à l'infini et qui sont toujours la même chose et qui sont inéluctables et toujours là, et qui se répètent, et qui se répètent. J'imagine que c'est une femme qui l'a prononcée (la phrase) le fait de sa manière de s'exprimer qui sent la détresse énormément* ».

Pour finir, Caroline redoute même un risque de rejet : « *Les gens (obèses) que j'ai rencontrés, j'ai l'impression qu'ils se sont souvent sentis repoussés (…) Rejetés et donc différents* ».

Dépression, solitude, souffrance, détresse : les mots ne manquent pas pour évoquer cette personne qui s'exprime à propos de son obésité et qui est, répétons-le, une femme pour la majorité des étudiants.

c) Un appel à l'aide

La solitude, la souffrance ne laissent pas les étudiants indifférents. Ils entendent, en corollaire, un appel à l'aide. En comparaison avec les entretiens menés avec les médecins, cette notion d'appel à l'aide est plus prégnante chez les étudiants qui semblent plus sensibles au désarroi des personnes en obésité. « *Elle demande de l'aide, il faut trouver de l'aide* » (Marie)

La formulation peut être même plus directe pour Magali qui imagine que la patiente lui signifie que « *je viens pour que vous m'aidiez* ».

La formulation de la demande n'est pas surprenante puisque la relation de soin suppose qu'une personne consulte parce qu'elle éprouve un trouble. Trouble qui potentiellement requiert l'aide du médecin, au minimum pour juger si elle est du domaine de la santé.

Le discours des étudiants nous conduit aussi vers l'évocation de solutions, de réponses possibles : « *Cette image là (le flûtiste)… Pour montrer du désespoir, un appel au secours auprès du médecin. L'impression qu'il n'y a pas de solution, qu'elle vient ici pour trouver une solution. On peut toujours trouver des solutions* » (Pascaline).

À ce stade, les positions divergent sur le ressenti de la tâche à mener, sur les moyens mais aussi sur le désir d'aider les patients en obésité.

F. Les défis de la prise en charge

1. Le ressenti de l'ampleur de la tâche

Bien qu'ayant saisi l'appel à l'aide, plusieurs étudiants n'hésitent pas à faire valoir leur désarroi devant la difficulté. Jean, choisissant l'image d'un **avion au bout d'une corde**, le vit « *comme quelque chose d'impossible à faire (…) J'ai l'impression que ça va être insurmontable avec cette patiente parce que, direct, elle dit : je suis obèse mais c'est pas… c'est pas parce que j'ai trop mangé, c'est pour autre chose. Donc je me dis que ça va être très difficile* ».

Non seulement difficile mais s'y ajoute, pour Félicité, « *le sentiment de responsabilité mais aussi d'impuissance… Sensation d'avoir un poids sur les épaules et de responsabilité à porter avec le sentiment d'impuissance* ».

Ou encore du fait de la nécessité de mobiliser de la disponibilité : « *Ça va être une période difficile, où il va falloir écouter, où il va falloir comprendre les choses et que pour moi ça paraît énorme comme* ***une montagne*** » (Anne-Charlotte). La difficulté ne niche pas exclusivement dans la prise en charge technique mais aussi dans la capacité d'écoute afin de cerner le problème dans sa globalité. La perspective est saisie, pour cette étudiante, dans une totalité décourageante.

À se positionner à la place du patient, surgit la même impression : « *Je me vois seule au bout de la corde de cet avion à tirer…Cet énorme poids à tirer… avec peu d'outils, juste une corde* » (Angèle).

L'ampleur de la tâche à accomplir est une impression partagée entre les étudiants et leurs aînés : l'impression d'être démuni, que les outils dont le médecin dispose sont dérisoires au regard du travail. Ceci traduit en filigrane la perception univoque de ce que le médecin pense qu'il doit accomplir avec les patients obèses : les « faire maigrir ». Si le point de vue était différent de l'amaigrissement, nous pouvons supposer que le ressenti serait différent. La question du « faire maigrir » est au centre du quiproquo entre la médecine et les patients en obésité.

Des difficultés de tous ordres se dressent devant le jeune médecin : « *C'est un problème difficile à gérer, ça va être un problème gros comme une montage* ». (Anne-Charlotte), à commencer par l'aspect récurrent du problème du poids, une forme de Sisyphe pondéral, perdre, reprendre, perdre, et ainsi de suite : « *Je vois la vie comme un cercle vicieux, essayer de perdre du poids et tout le temps en reprendre, ne pas réussir à perdre du poids. Toujours être dans cette situation d'échec permanent face à son corps* » (Juliette), propos d'autant plus prégnants que l'étudiante avait fait part de ses propres difficultés de poids.

Devant la difficulté, tout comme leurs aînés, les étudiants emploient des métaphores militaires, en proposant à voir une **batterie de canons anciens** : « *Les canons ça m'*évoque la guerre, c*'est un peu la guerre contre l'obésité* » avec « *une précarité des moyens, ce sont de vieux canons, on est en face d'un ennemi qui est de taille* ». (Angèle)

Lorsque les étudiants tentent de se substituer aux patients, la métaphore de la bataille apparaît : « *Devant ce combat inégal, la peur, la peur de l'affrontement* (…) *Quoi que je fasse je suis désespérée, je crois qu'en fait je suis condamnée* » (Angèle).

L'image des canons est associée « *à de jeunes hommes au combat, l'idée qu'il n'avaient pas choisi d'être là, que ça s'est imposé à eux et que c'est un sentiment de détresse* » (Leslie).

Une obésité subie, une obésité irréversible, une obésité comme une montagne à franchir avec peu d'espoir de réussite du fait d'un dénuement de moyens : la tâche a matière à inquiéter, « *une situation conflictuelle, un situation difficile à vivre* » (Juliette) en l'illustrant à nouveau par les canons ou par le **paveur** qui fait dire à Christelle : « *C'est un combat, c'est difficile* ». Ce combat et la rudesse de la situation favorisent des projections personnelles : « *En temps que médecin ça semble être difficile d'être impartial. Dès que je vois une personne obèse, mon premier ressenti c'est "Qu'est-ce qu'elle doit être mal dans sa peau"* » Fanny(2).

Nous verrons si ce type de projection favorise l'empathie et modifie le regard social sur les patients en obésité.

Il ressort de ce travail sur les images mentales, en lien avec ce qui est à mettre en place pour aider une personne en obésité, une réelle mise en difficulté tant du point de vue des étudiants que de celui des patients virtuels. La relation de soin est remplie par l'idée de chausse-trappes, qui trouve son illustration dans ce témoignage qui appelle la comparaison avec des situations communes que les médecins rencontrent de façon régulière :

« *Contrairement à une demande pour une douleur ou une pathologie X où le patient vient pour que la consultation trouve un traitement ; on fait l'ordonnance et il ressort avec son traitement, il va ressortir plus léger qu'il n'est entré puisqu'on va trouver une solution à son problème, et que la solution est extérieure, c'est-à-dire qu'il n'y aura rien à faire que de prendre son traitement et ce sera réglé. Il sort plus léger qu'il n'est entré. Alors que dans le cadre de l'obésité et du désir de perdre du poids la prise en charge va dépendre quasiment exclusivement de lui … Il ressort de la consultation encore plus lourd qu'il n'est entré* » (Éléonore).

La métaphore est explicite, nulle espérance de soulagement d'un poids à porter qui restera au centre de la prise en charge mais dont personne ne sera allégé, et ce d'autant moins qu'elle devra en assumer seule la responsabilité.

2. Les solutions envisagées

La question des solutions à envisager divise les étudiants qui adoptent deux postures distinctes, ceux tenants des solutions techniques et ceux qui repèrent le besoin d'une aide psychologique.

Pour les premiers, le recours au modèle patho-physiologique de l'obésité sert de repère aux moyens proposés. Les seconds se saisissent d'une inscription supposée de l'obésité dans l'histoire du sujet, mais sans toujours savoir quelle réponse apporter.

a) La réponse technique

À poser l'obésité comme le résultat d'une balance énergétique entre les entrées et les dépenses, la tentation est grande d'envisager les solutions que sous ce seul aspect thermodynamique. Pour François qui choisit une image de **tournevis,** « *cela revient au problème de gestion de l'obésité, du traitement, de la prise en charge, des complications, des solutions* ».

En complément de cette investigation sur les entrées alimentaires, une étudiante choisit le **groupe de cyclistes** comme illustration de la nécessité de l'activité physique dans l'obésité. Elle souligne la difficulté d'entraîner les personnes en obésité sur ce chemin. La balance énergétique entrées/sorties ressort des choix de cette étudiante qui, de fait, oppose les deux composantes du modèle additif/soustractif en rapprochant le grignotage d'un côté, en ayant discuté l'étal du supermarché pour le choix de sa première photo, et l'activité physique espérée de l'autre.

« *Parmi les choses qui peuvent entraîner le surpoids (…), c'est le manque d'activité physique. L'activité physique c'est souvent difficile à mettre en place* » (Karline). Gaëlle y ajoute l'idée qu'un corps obèse ne peut se montrer sans honte : « *Une personne obèse ça pose problème pour une activité physique. Peut-être qu'il voudrait faire une activité sportive mais qu'il ne peut pas parce ce qu'il a honte de son corps* ».

Ce choix ramène à ce qui a été discuté dans la dialectique sur le corps et la place du *corps-objet* dans la pensée médicale. À imaginer le corps comme une machine, il est légitime d'en approcher les problèmes par des outils simples et adaptés à chacune des situations rencontrées. La clinique médicale est fondée en grande partie sur ce type de représentation du corps et de la maladie. S'y adjoint pour le second témoignage une interprétation projective autour de l'esthétique du corps qui sera discutée ultérieurement.

b) La réponse par le soutien psychologique

Le second versant de la prise en charge abordé par les étudiants repose sur l'accompagnement psychologique des patients en obésité. Fanny(2) rapproche les deux éléments et choisit d'illustrer son propos par un **militaire** qui ascensionne un obstacle au bout d'une corde : « *Efforts physiques pour perdre du poids, efforts psychologiques pour s'accepter, reprendre le dessus, pour lutter en fait* ».

Nous relevons que l'accompagnement thérapeutique est associé à la notion d'effort. Ce n'est pas habituel de rencontrer cette notion lorsqu'il s'agit d'aborder la prise en charge des maladies chroniques. Le concept d'observance est coutumier du discours médical, mais l'attente d'efforts est très fortement liée aux sevrages en tous genres : tabac, alcool, substances psychoactives, obésité – que nous avons vue assimilée à une toxicomanie

alimentaire –, et moins aux maladies à connotation exogène dont le patient serait une victime aléatoire, sans que sa responsabilité soit engagée.

Lorsqu'il s'agit d'aborder l'obésité, la connotation endogène est plus forte, la responsabilité du patient est supposée entière. Ne s'agit-il pas d'une maladie de la volonté ? Mis à part la génétique et quelques composantes environnementales qui les exonèrent, les médecins attendent des patients une participation rédemptrice. Il en est ainsi des maladies qui font intervenir un dérèglement supposé des comportements, puisque le sujet est censé être dans la maîtrise de ces derniers.

Devant un **visage d'enfant** évocateur de la patiente depuis l'enfance, une étudiante avance : « *Je me disais, la prise en charge n'est pas forcément au niveau diététique, qu'il fallait prendre en charge le vécu* » (Maëlle).

De façon plus radicale pour Marie, « *il y a un mal-être, vraiment, beaucoup de chose que je vois c'est un mal-être et la nécessité d'une prise en charge psychologique… D'abord traiter ce qui se passe dans la tête avant de commencer. On va à l'*échec direct si on essaye de faire un régime sans avoir compris pourquoi elle a pris ce poids ».

Nous percevons nettement les différences d'attitudes initiales entre les étudiants en face d'une personne en obésité : réponses somatiques d'un côté, réponse s'appuyant sur la psyché de l'autre. Il est probable que le vécu et l'expérience, mais aussi les représentations qu'ils ont de leur fonction de médecin influencent en partie l'énoncé de ce qu'ils avancent dans cet exercice particulier du Photolangage. Nous aurons à débattre plus avant ce point de vue lorsqu'il s'agira d'aborder plus finement leurs représentations des personnes en obésité.

c) Le désir de venir en aide

« *C'est un appel à l'aide de leur part, mais moi au premier abord quand je les entends, quand je les vois, j'ai l'impression qu'ils se complaisent dedans* ». Témoignage qui rend compte de l'analyse de la situation car « *je pense qu'ils ont une réelle souffrance et ils sont tellement habitués à cette souffrance qu'ils n'arrivent plus à la surmonter, ils ont du mal à l'exprimer et du coup ils se renferment un peu* ». « *En fait, je n'arrive pas à nouer tout de suite de l'empathie… Une personne un peu molle, un peu apathique, j'ai du… l'empathie a du mal à arriver tout de suite. Il faut que je me fasse violence pour essayer d'avoir envie de l'aider, de le servir mais c'est juste que au début, j'ai envie d'être… d'être… pas violent* ». (Antonin)

Si cet étudiant dit sa difficulté d'avoir un regard positif sur les patients en obésité, c'est précisément parce qu'il considère que la responsabilité en incombe au patient. Il contient une violence latente, se contraint sous l'emprise du « surmoi hippocratique ». L'idée que

les personnes en obésité tirent une jouissance de leur état revient souvent, tant dans les entretiens avec les médecins que dans les discours des étudiants. En s'inscrivant dans le champ psychanalytique, nous pouvons affirmer qu'ils ont raison, mais comme pour toute maladie. La complaisance du sujet obèse avec son symptôme est une posture qui leur est habituellement attribuée, mais qui pourtant déroute les médecins. La question de la jouissance à être malade se pose régulièrement dans la pratique médicale. Pour autant, nous devons distinguer ce qui relève d'un processus inconscient, la jouissance, de ce qui est en lien avec une faiblesse de la volonté, la complaisance. Dans ce que nous avons relevé, c'est le second mécanisme qui est sous-jacent dans l'esprit des soignants.

Le discours médical s'articule autour de deux notions fortes : soulager et guérir, mais le patient qui ne demande ni l'un ni l'autre est source de désarroi pour les médecins. Désarroi d'où peut surgir une certaine agressivité relative à l'impuissance dans laquelle le médecin est mis. Que faire si l'autre ne formalise pas une demande pour le soulager ou le guérir ? Le rejet se matérialise par le transfert, sur le patient, de la totalité de la responsabilité de l'impasse thérapeutique.

Dans les propos des étudiants le substantif le plus souvent associé pour caractériser une personne en obésité est « inertie ». La photo **de l'avion et de la corde** est choisie majoritairement pour illustrer le propos. « *Les personnes obèses me donnent cette impression d'une inertie qui dure depuis des années et qui les entretient dans leur problème de poids… Ils n'ont pas de dynamisme. L'impression qu'ils donnent d'être… oui un peu victimes,* posés *dans leur état* », ou encore, « *d'avoir l'impression que le patient est apathique ou dans une espèce d'inertie, je pense que ça vient du fait que quand un patient vient pour une demande de prise en charge d'une obésité, j'assimile cela aux… aux problèmes d'addiction* » (Éléonore).

« *Elle est un poids lourd à tirer, une charge, la difficulté, le poids, l'effort à fournir (…) Comme un poids à tirer, quelque chose de passif, quelque chose de lourd* » (Fanny[1]). « *C'est lourd. La corde pourrait montrer qu'elle doit traîner ce fardeau qui est quasiment impossible à tirer – Donc qu'elle ne peut pas avancer, que cela la cloue sur place et que c'est quelque chose d'insurmontable, de quasiment impossible à faire pour elle* » (Marine). « *Cette personne nous demande de la tirer, comme une certaine fatalité, une résignation* » (Félicité).

Et s'il s'agit d'un homme : « *Il est un homme pas très dynamique. Quelqu'un de passif* » (Félicité). « *Un homme, la trentaine, inactif, peut-être vieux garçon habitant chez sa mère qui lui fait des petits plats et ne le stimule pas. Plutôt en difficulté au niveau social* » (Fanny[1]).

Que faire pour pallier l'inertie initiale ressentie par bon nombre d'étudiants ? « *Par rapport à l'inertie, parfois j'ai envie de les secouer un peu (…). J'ai envie de les secouer*

dans le sens où ils paraissent vraiment apathiques par rapport à leur situation (…). La première impression que j'ai quand je vois ce type de patients, j'ai envie de les secouer, de leur dire : bon ! *allez, ça suffit maintenant, essayez de remonter la pente* » (Antonin).

Ces patients suscitent des sentiments contradictoires : « *C'est ambivalent. En tant que médecin, d'un côté j'ai de l'empathie parce que c'est une situation qui doit être difficile mais, d'un autre côté, la personne y est peut-être pour quelque chose dans son obésité, peut-être qu'elle s'est laissée aller sur la nourriture, elle n'a peut-être pas fait tout ce qu'il y avait à faire pour perdre du poids... Elle n'a pas tout fait pour que ça aille mieux* » (Christelle).

Christelle pose la question de l'empathie jusqu'où, à quel prix dans sa fonction de médecin ? Jusqu'où le patient accepte-t-il de faire alliance ?

C'est ce que souligne Juliette lorsqu'elle parle de l'échec du médecin : « *Parfois l'échec du médecin, c'est par rapport à la personne, elle est un peu trop extérieure à sa prise en charge, comme si elle n'avait pas vraiment envie de se prendre en charge et qu'elle recherchait toujours des solutions autre part, dans les techniques, des régimes ou n'importe quoi* ».

Les étudiants, tout comme leurs aînés, attendent que les patients montrent une certaine envie de s'en sortir, une mise en application de « aide toi, le ciel t'aidera » : « *On sait que l'obésité c'est quelque chose qui nécessite énormément de courage* », mais « *on ne sent pas que derrière il y a une volonté. C'est peut-être qu'au début du processus, c'est comme les gens qui ont une addiction à l'alcool ou au tabac, avant de rentrer dans le désir de se sevrer il y a d'abord…une absence d'envie* ». « *On sait que vous souffrez mais il va falloir nous aider. Parce que c'est à deux et on a l'impression d'être tout seul à vouloir* » (Aurélie).

Comment faire si l'on est seul à vouloir le bien de l'autre ? « *Quand on entreprend une démarche avec un patient on s'appuie sur quelque chose, c'est simple, c'est un repère… Si la personne dit "j'ai juste pas eu de chance", on n'a rien pour s'appuyer dessus* » (Aurélie).

La réussite du projet de soin : « *Ça dépend de la volonté du patient, ça ne dépend pas beaucoup de nous (…) Je trouve que ce n'est qu'une question* de volonté *(…) Je trouve que le problème ce n'est pas qu'on les voie pas comme les autres, mais c'est eux qui se voient différemment* » (Maëlle).

Il n'y aurait donc pas de discrimination du regard médical, mais une marginalisation volontaire des patients pour Maëlle : « *Seul c'est difficile, je pense qu'il n'y a pas forcément de volonté puisqu'il faut que quelqu'un nourrisse la volonté* ».

Le préjugé d'absence de volonté est l'un des éléments les plus forts et les plus communs qui participent de la stigmatisation des obèses. Les patients eux-mêmes n'hésitent pas à porter une culpabilité éclairée par ce qu'ils jugent être une absence de volonté.

Une étudiante parle de sa propre expérience : « *Moi j'ai des prédispositions génétiques, mais c'est pas parce qu'on a cette prédisposition génétique qu'il ne faut rien faire et tomber dans le fatalisme et dire* "*c'est comme ça" (...) Il y a des choses à faire* » (Victoire).

Une personne obèse non désirante, un médecin devant porter l'affaire seul, une inertie impossible à combattre, des sables mouvants à la place du désir, voilà toute l'ambivalence des propos relevés lors de ces sessions, une forme d'impuissance dans une relation de soin qui a peine à s'établir.

Des étudiants proposent un élément de compréhension de ce ressenti majoritairement péjoratif : la gratification à s'occuper des personnes en obésité est faible, on ne mesure pas le prix de ses efforts. « *Quand on arrête de manger le temps d'avoir un effet et un retentissement c'est long aussi, parce qu'elle ne va pas devenir fluette en deux secondes* » (Aurélie). Ce qui fait dire à Élodie : « *Ce qui est difficile dans la prise en charge des personnes obèses, c'est qu'il n'y a pas de gratification rapide pour le médecin* ».

Dans quelle mesure peut-on apprécier la réussite de sa démarche de soins pour une personne en obésité ? Si c'est une perte de poids importante, l'échec est le plus souvent au rendez-vous. Alors, est-ce un échec si l'on considère que ce qui est visible et mesurable, c'est-à-dire le poids ? La gratification dans la fonction de soignant est pauvre à ne vouloir considérer que ce seul paramètre.

Empreinte sur le corps, lenteur de la réversibilité du processus, stigmate social, l'obésité est appréhendée par les étudiants comme une pathologie à part au sein des maladies chroniques. Demande d'investissement à perte quant à la gratification, l'obésité est une maladie qui met le médecin dans un sentiment d'impuissance et d'échec.

C'est aussi la maladie de l'inertie, d'un refus d'adhésion sociale aux normes pondérales et à l'idéal de minceur. Une résistance à se vouloir du bien malgré l'aspiration du médecin à vouloir le bien de son patient.

La focalisation sur le poids est un élément constant des représentations sociales des médecins concernant les patients obèses. Il n'est pas habituel de considérer les patients à l'aune d'une seule variable mesurable ; c'est ainsi que dans les suites d'un infarctus du myocarde le médecin s'appuie sur de multiples paramètres biologiques, cliniques et fonctionnels, sans en privilégier aucun. L'obésité échappe à la loi qui régit l'accompagnement thérapeutique des patients souffrant de maladie chronique en focalisant sur la perte de poids comme mesure de l'échec ou de la réussite du travail thérapeutique conjoint entre le patient et son médecin.

G. Vie sociale et vie personnelle en obésité

1. La vie sociale

Qu'en est-il de la vie sociale et personnelle des personnes en obésité imaginée par les étudiants ? Le poids, la corpulence entachent-ils les relations à autrui ? Le contexte social interroge les étudiants sur les conditions de vie des patients et leurs responsabilités dans la constitution de l'obésité : « *Avec toutes les difficultés qu'elle a dû avoir dans sa vie, et le contexte social* » (Pascaline). « *Si elle dit : je ne supporte plus ce poids, et non pas : je ne supporte plus mon poids. Il y a à la fois le surpoids plus le poids social* » (Amélie).

Marine imagine une femme : « *Parce que je pense que c'est plus fréquent de voir des femmes que ça va vraiment gêner socialement, l'image de soi… Même un petit surpoids peut les rendre malades, alors que j'ai l'impression que les hommes s'y font mieux, que ça les gêne moins dans leur vie sociale, et puis d'ailleurs, en société, on parle plus facilement sur les filles qui sont en surpoids, c'est moins joli qu'un homme, ça choque plus* ».

Ce que croit aussi Antonin : « *Parce que pour une femme c'est… c'est peut-être parfois plus difficile d'être obèse, par exemple par rapport au regard des autres* ». Avis partagé par Rafik : « *Les hommes ils sont moins gênés de se savoir gros, ça les embête moins* ».

Cette idée avait été repérée lors des entretiens avec les médecins qui amalgament obésité féminine et dépression et obésité masculine et jovialité, expressions opposées de l'humeur, mais aussi de la tolérance sociale.

« *J'ai une représentation un peu schématique mais c'est vrai que pour moi dans la société à chaque fois les obèses ont un rôle isolé, un peu mis à l'écart, stigmatisés à propos de leurs poids… ou alors la place du bon vivant… il est un peu le "joyeux luron" avec de l'humour et de l'autodérision et qui attire beaucoup plus de sympathie que quelqu'un de mince qui pourrait paraître plus psychorigide, plus dans la norme (…) jamais indifférent, ou il sera au centre de tout… ou à la place de celui qui est exclu* » (Angèle).

La position au sein du groupe ne dépend que du sujet en obésité pour Fanny (1) : « *La société n'a pas du tout la même vision d'un obèse qui s'assume que de celui qui est mal dans sa peau. (…) Alors que ceux qui le vivent très bien, qui s'assument, s'il y a des difficultés au niveau social, ils en rient* ».

De cette position singulière il est facile de glisser vers une autre qui marque davantage le stigmate : « *Je ne suis pas comme tout le monde et j'ai besoin de plus d'espace. C'est quelqu'un qui prend plus de place, c'est quelqu'un qui consomme plus et je pense qu'il est vu comme quelqu'un qui consomme plus d'espace, plus de nourriture… Qui a plus de besoins, plus de besoin d'affection, aussi d'attention, puisqu'il n'est pas comme tout le monde… Qui se donne à voir, qu'on ne peut pas le rater* » (Félicité).

À propos de la position sociale, la personne est vue comme « *une personne défavorisée… qui s'alimente mal, qui est un petit peu exclue de la société… qui se laisse aller* » (Gaëlle), « *un homme avec une notion d'isolement social, de précarité. Son corps est un obstacle social* » (Félicité).

Nous voyons poindre, chez ces deux étudiants, le préjugé qui consiste à penser que les « gros » sont des « pauvres ». Même si nous savons que la prévalence de l'obésité est plus forte dans les catégories socio-économiques basses, nous entendons, au delà de la dimension pécuniaire, l'idée d'un dénuement psychologique.

Tels sont les commentaires suscités par l'image d'un **couple** et par le **flûtiste**. Le corps apparaît comme un obstacle, mais aussi comme un motif d'horreur qui justifierait la fuite. La photo d'un **train** en est l'illustration : « *Idée de la fuite. La fuite d'une réalité, d'une difficulté d'acceptation de l'obésité et du corps l'envie de fuir ce corps obèse* » (Christelle). « *C'est un poids lourd au sens premier pour la personne obèse, le poids qu'elle a à l'intérieur d'elle même. Elle a envie de prendre le large, envie de se faire oublier… fuir le corps dans lequel elle est (…) par manque d'acceptation de l'obésité et du coup l'envie de fuir ce corps obèse. J'avais aussi l'idée d'isolement social* ». (Fanny[1])

Déshabité, un corps non assumé jusqu'à l'étrangeté de la dissociation, interprétée à partir d'une **image floue d'où émerge un visage humain** : « *Quelqu'un qui était pris, qui n'avait plus que son visage de libre, emprisonné dans quelque-chose qui ne vient pas d'elle, comme si ce n'était pas son corps mais à un autre* » (Marine).

Un imaginaire renforcé par le commentaire de Félicité devant le **flûtiste** : « *C'est comme ce patient qui sort de son corps et qui se met à distance, qui regarde son corps comme un objet en se disant : "ce corps, c'est trop lourd à porter". Je me demanderai ce qu'il s'est passé pendant tout ce temps où il ne s'est pas approprié son corps. (…) Comme s'il réalisait au bout d'un certain temps son poids, et qu'il réalisait qu'il n'habitait pas vraiment son corps et qu'il ne se trouvait pas dedans (…) Être entravé dans son corps, dans le moindre effort physique, ressentir son corps comme un poids, être essoufflé, transpirer, avoir chaud… du coup ne plus forcément habiter son corps mais se sentir étranger parce qu'il peut limiter dans les activités* ».

Pour ces étudiants, tout se passerait comme si le sujet habitait son corps et qu'il était impensable d'habiter un corps obèse. Nous avons rencontré de la part des patients cette dissociation anxieuse, phénomène connu des psychiatres, qui permet l'acceptation d'un corps non vécu comme son corps propre.

2. La vie personnelle et intime

Qu'en déduire sur la vie personnelle et intime ? Si l'obésité d'une personne résulte « é*ventuellement d'une séparation, d'un problème de couple qui a conduit à l'obésité*

(…) retentissement sur la vie sociale… alors le médecin peut aider à lui rendre l'estime d'elle-même pour accepter les relations sociales et éventuellement accéder au couple » (Fanny [1])

La question de l'intimité et, en filigrane, de la sexualité est posée de façon implicite mais jamais explicite par les étudiants, sauf à être directement interpellés sur ce point. « *Il a l'air d'être mal au fond de lui, ça à l'air d'être un gros complexe. Qu'il était gêné, soit par rapport au regard des autres, soit éventuellement s'il a une copine* » (Gaëlle).

La difficulté du regard sur le corps obèse est évoquée plus directement, toujours devant la photo du **couple** : « *S'ils ont (les obèses) une image dégradée d'eux, je pense qu'ils auront du mal à être nus devant une personne, il auront du mal à… alors que pour quelqu'un qui s'assume parfaitement… Je pense que ce n'est pas un souci* » (Éric).

Encore faut-il avoir une image assumée de son corps surtout lorsqu'il est donné à voir comme « *un gros arbre qui part dans tous les sens, un peu anarchique, qui a perdu toute sa forme, sa belle forme… Elle est devenue difforme* » (Clémentine). « *Alors que peut-être, Il n'est pas forcément en surpoids, qui se voit peut-être même moche, en surpoids* (**flûtiste**) » (Éric). Ceci permet de comprendre pourquoi « *elle se sent mal dans sa peau, elle n'a pas de vie de couple* » (Amélie).

Sur le point de la nudité du corps nous pouvons rapprocher le travail de J.-C. Kaufmann où il analyse les codes et les règles du jeu relatifs à l'exposition des seins nus à la plage. Il ressort de son travail que la tolérance de ce comportement balnéaire exclut les femmes considérées comme âgées (à partir de la quarantaine), les femmes grosses et les femmes ayant de fortes poitrines.

En voici un florilège : « *Une femme énorme, obèse, avec les seins nus, c'est affreux.* » – « *Une femme avec de gros seins c'est nettement plus laid, qui pendent tout ça, j'aime pas ça, c'est pas beau.* ». – « *Les femmes qui ont une grosse poitrine là c'est de l'exhibitionnisme, et puis elle se promènent aussi, elles n'ont aucune pudeur dans ce cas-là.* » – « *Une grosse ce n'est pas possible, il faut que ce soit une femme normale.* » – « *Corinne est révoltée contre tous les interdits, elle est pour la liberté la plus totale de tous les seins nus, dans toutes les positions. Sauf pour les gros, "ou alors immobiles"* »[1].

Les seins, comme les fesses, ont un pouvoir érotique majeur. La question de leur exposition sur la plage clivent les femmes qui sont autorisées à incarner la puissance érotique du corps et celles qui en sont déboutées. La ligne de démarcation entre l'esthétique du corps et sa laideur reposerait sur le galbe et le volume du sein, ainsi que sur la corpulence. Corps obèse et gros seins sont les représentants d'un même rejet pour le gras. Il resterait à envisager ce que peut valoir un excès de puissance érotique par la générosité des formes

1 Kaufmann J.-C. (2010). *Op. cit*. p. 70-223, *passim*.

dans l'univers fantasmatique du voyeur. Car il ne s'agit peut-être pas ici d'un manque mais d'un trop !

« *Elle s'épanouit surtout en étudiant l'éventail illimité des formes et des nuances que peut revêtir la matière polymorphe des obèses, les figures amusantes et neuves de leur graisse. Elle est fascinée par leurs formes limites, douteuses et problématiques, surtout quand leurs bourrelets, passant par dessus la ceinture de leur pantalon, semblent emplir même leurs poches d'un tissu proliférant, d'une pâte toujours prête à lever un peu plus* »[1].

Lorsque la question est posée directement par l'animateur : « *Cette personne qui est venue, a-t-elle une vie sexuelle ?* », quelles constructions imaginaires en font les étudiants ? « *On ne l'imagine pas. On voit cette personne comme une personne obèse (…) Peut-être qu'on n'a pas envie de se poser la question parce que ça va être gênant* » (Angèle).

L'animateur : « *C'est gênant de parler de sexualité à un obèse ?* » « *Oui, parce qu'on se dit que ça va être problématique, je vais peut-être mettre le doigt sur le fait qu'il n'a peut-être jamais trouvé de petite amie… Peut-être que ça pose problème physiquement, d'un point de vue mécanique. On n'a pas envie d'imaginer comment ça se passe* » (Angèle).

La question de la sexualité ne peut être posée, mais pourquoi ? « *Pour justement pas le vexer et le renvoyer à une solitude ou à quelqu'un de pas forcément désirable* » (Félicité).

Sur ce point, nous voyons que les étudiantes imaginent un homme et non plus une femme comme lorsqu'il s'agissait de définir le genre du locuteur. Par ailleurs, cet homme est jugé *a priori* non désirable.

En écho et *a contrario* de ces prises de positions, Caroline imagine **l**es personnes obèses « *avec une vie sexuelle aussi épanouie… Enfin je ne me pose pas la question. Je pourrais évoquer le sujet de la même manière qu'avec quelqu'un qui n'est pas en surpoids ou obèse. Je pense que même si on parle de canon de la beauté il y a des gens qui plaisent, enfin des gens qui aiment les gens obèses, qui se voient avoir des relations sexuelles avec des gens obèses donc, pour moi, ce n'est pas incompatible dans la vie d'avoir une sexualité comme tout le monde* ».

À cette exception près, la vie sexuelle des sujets en obésité est barrée dans l'imaginaire de ces étudiants eu égard au seul fait d'être obèse. Nous retrouvons les déclarations des médecins sur la question du désir posée lors des entretiens. De ce point de vue, il existe une certaine conformité de représentation entre les étudiants et leurs aînés médecins. Se crée un amalgame conformiste et assez dense entre canon esthétique du corps, désir et sexualité.

---

1 Detambel R (2010). *Op. cit*. p. 92.

3. Un point de vue original

Après avoir choisi le **pianiste en haut de la montagne,** une étudiante fait valoir un point de vue singulier à propos des personnes en obésité : « *Le piano ça m'évoque un monde intérieur… Je pense que quand on est obèse ou quand on est mal dans sa peau, on peut passer par pleins d'émotions, on a soit la culpabilité, soit l'accablement, enfin il y a plein d'émotions* ».

Une fois ce constat fait, elle poursuit : « *J'ai l'impression que tous les handicaps – parce que l'obésité semble être un handicap – génèrent la naissance d'un monde intérieur plus riche. J'ai l'impression que les gens qui sont isolés par un handicap… par l'obésité ou par leur vie développent un intérieur un peu imaginaire, un peu différent, un peu décalé* ».

Encore à propos de la photo du **pianiste**, deux étudiantes surenchérissent : « *Une richesse qui est en elle et qu'on ne pense pas forcément à aller chercher parce que d'aspect extérieur elle a l'air triste, elle a l'air seule, elle à l'air différente* » (Aurélie).

Après avoir repris sa démonstration en relation avec le **circuit électronique**, Éléonore enchaîne : « *Moi je vois tout de suite cette spirale de répétitions, répétitions de… elle essaye, elle n'y arrive pas, elle essaye, elle n'y arrive pas. C'est vraiment personnel, c'est terrible : j'me vois, quoi, c'est pour ça que je pensais à ça* ». Et, s'appuyant sur son expérience personnelle, ses propos sur la richesse intérieure sont renforcés : « *Le pianiste, enfin ce pianiste surtout, c'est à la fois personnel parce que c'est ma manière de ne pas tomber dans le…tomber dans la spirale infernale… ce n'est pas lié à un aspect physique, à un aspect psychologique, à un aspect quelconque c'est complètement… c'est un sentiment, c'est quelque chose de complètement abstrait sur lequel tout le monde est sur un pied d'égalité, quelque chose de positif* ».

Une certaine émotion préside à la clarté finale du discours, mais le renforcement positif de l'image mentale est bien présent. Ces deux étudiantes sont rejointes par Leslie qui, en choisissant la **fleur**, puis un **paysage de montagne,** leur fait dire : « *Elle a du mal à vivre avec son handicap, mais moi mon but c'est de l'aider à devenir cette belle fleur qu'elle est au fond d'elle même* » ; « à *l'intérieur il fait sûrement chaud. Elle a quand même des possibilités* ».

4. L'obésité chez les enfants

Les étudiants ont peu abordé la question des enfants. Ceci s'explique par la phrase introductive laissant entendre qu'il s'agissait d'une personne adulte. Toutefois quelques éléments sont à relever.

« *Là où j'ai eu le plus de frustration c'est de voir des enfants obèses qui pour le coup étaient vraiment victimes de leurs parents. D'avoir ressenti face aux parents plus de l'énervement, parce que pour moi les enfants étaient victimes d'une éducation ou d'un laisser-aller.* »

« *Les parents se posaient aussi en victimes : tu vois, écoute le médecin, c'est ce que je t'avais dit, il ne faut pas manger de gâteau la nuit.* »

« *Du coup, voir non seulement des enfants victimes de leurs parents mais aussi des parents qui se posaient en victimes, comme si les enfants décidaient pour eux. Du coup c'est là que j'ai commencé à avoir un sentiment d'impuissance face à l'obésité* » (Félicité).

Ce témoignage résume bien une double position de victime : celle de l'enfant qui n'a pas bénéficié des soins suffisamment attentifs de ses parents qui auraient pu le prémunir de l'obésité, et celle des parents incapables de donner un cadre alimentaire à un enfant qui déborde leur autorité par un comportement sur lequel ils n'ont pas prise. Dans les deux cas, les parents sont responsables de l'obésité de leur enfant. Lorsqu'on s'intéresse à l'obésité de l'enfant, les déterminants sont beaucoup plus complexes et ne peuvent se réduire à des négligences parentales. Nous trouvons dans cette double représentation l'illusion que le cadre, s'il est nécessaire, serait aussi suffisant à contenir les débordements corporels et comportementaux des enfants.

Les médecins ont évoqué la situation des enfants en soulignant l'importance de l'éducation nutritionnelle, mais aussi leur désir plus fort d'investissement auprès d'eux qu'ils ne l'ont pour les adultes. Par l'évocation de la négligence parentale, originelle puis entretenue, nous avons le témoignage d'une étudiante qui sombre dans le découragement. Le renoncement parental participe de l'aveu d'impuissance du praticien. Ce dernier constate pourtant que le surpoids chez un enfant peut faire le lit d'un stigmate.

Sur ce thème du comportement alimentaire des enfants, nous retrouvons la question posée par V. Boggio à propos de l'enfant hypermoderne et de la liberté d'accès à la nourriture et qui soulignait que les enfants ne choisissaient pas, ne se servaient pas seuls, et mangeaient ce qui était proposé sans possibilité de refus. Il n'y avait pas de prise alimentaire en dehors des repas et les friandises étaient exceptionnelles. La diversité alimentaire, l'offre permanente, l'autonomie des enfants auraient eu raison de l'autorité des parents en matière d'éducation nutritionnelle.

H. Que retenir ?

Au terme de cette analyse, nous constatons que le regard porté par les étudiants en médecine ne diffère pas de celui des médecins en exercice. Ils appréhendent les mécanismes

de constitution de l'obésité de la même manière. Ils privilégient le modèle du déséquilibre de la balance énergétique en soulignant l'excès d'entrée alimentaire et le défaut d'activité physique chez les patients en obésité. Ils reconnaissent la responsabilité de la distribution du risque d'obésité en fonction de prédispositions génétiques, mais insistent sur les éléments comportementaux que sont le grignotage et l'inertie.

L'analogie de la toxicomanie revient souvent pour appuyer le sentiment d'incapacité du patient obèse à résister à son impulsivité alimentaire, ne serait-ce qu'au travers du grignotage. Cette lecture de la pulsion orale comme une dépendance structure la représentation de la toxicomanie alimentaire chez la personne qui souffre d'obésité.

Puisqu'il en est ainsi, il convient de chercher l'aveu de la faute, fût-ce au prix d'un acharnement contre le déni, de telle sorte à dessiller les yeux du patient. Dans les propos des étudiants, comme dans ceux des médecins, la notion de déni est au premier plan, rendant impossible la relation de soin fondée sur une confiance. La plupart du temps, le déni est interprété comme un mensonge à soi-même ou, pis, au médecin.

Comme chez leurs aînés, le découragement devant l'ampleur de la tâche est massif. Pour certains étudiants, il conduit à la lassitude et au désintérêt. Toutefois, ils perçoivent un appel à l'aide auquel ils ne sont pas insensibles, davantage que leurs aînés. Est-ce l'expression du « surmoi hippocratique » ou une énergie propre à leur âge, ou encore une fraîcheur d'expérience qui fait que les situations mobilisent l'espoir de la réussite ? Lors du rituel de soutenance de thèse, la réception de l'impétrant comme docteur en médecine suppose la lecture du « serment d'Hippocrate ». Il s'agit d'un serment, ce qui revêt les plus hautes valeurs morales de l'engagement, à traiter tous les patients sans discrimination quel qu'en soit le motif. C'est à ce titre, et pour sa stabilité au cours du temps, que nous avons repéré cet élément comme constitutif du noyau central de la représentation « être médecin ».

La dépression, la tristesse, la solitude sont des thèmes régulièrement mis en avant durant les sessions. Si elle est une maladie de la volonté chez les étudiants, l'obésité a aussi un prix à payer pour la supporter.

Pour faire face à la situation médicale, les métaphores militaires surgissent comme chez les médecins. Plusieurs photos mettant en scène des soldats et des canons ne sont peut-être pas étrangères à l'évocation. Mais si les soins sont associés à l'idée de combat, l'accompagnement psychologique n'est pas absent du discours.

Enfin, l'abord de la séduction, et plus encore de la sexualité, chez les patients en obésité est indicible pour les étudiants. Il s'agirait presque d'une représentation impossible. Nous constatons combien cette question de la séduction, du désir, de la sexualité des personnes en obésité reste barrée dans la relation de soin. Les raisons en sont multiples. La sexualité est renvoyée au domaine de l'intime et, de façon générale, peu abordée par les

médecins qui ne l'associent pas à un bien-être de vie et à la santé personnelle. Le statut de malade chronique efface d'autant la question pour favoriser d'autres priorités. Les médecins considèrent, à tort selon les études, qu'ils ne sont pas autorisés à aborder cette question avec leurs patients. Par surcroît, dans la situation qui nous occupe, nous percevons l'impossibilité de se représenter une sexualité qui est réservé aux beaux et jeunes corps.

La seule spécificité du discours des étudiants vis-à-vis de leurs aînés repose sur une plus grande envie de porter aide et compréhension aux patients en obésité. Il semble que la fonction apostolique du médecin dont parle M. Balint est moins assurée chez les étudiants que chez les médecins installés. Balint entend par fonction apostolique du médecin comme la propension à considérer son système de références comme celui auquel il convient que le patient adhère. La voie est tracée par les jalons que le médecin a posés pour le bien de son patient.

CONCLUSION

Notre travail avait pour but d'approcher les représentations des médecins face aux patients en obésité et d'en saisir les déterminants les plus sensibles qui influent sur leur exercice médical. Notre hypothèse principale consistait à penser que les médecins partagent les représentations sociales communes sans que leurs engagements éthiques, que nous avons nommés « surmoi hippocratique », ne les modifient. Les enquêtes conjointes auprès de personnes en obésité, de médecins et d'étudiants en troisième cycle de médecine générale ont permis de saisir bon nombre de ces déterminants, et de confirmer notre hypothèse.

Nous avons vu que l'obésité se situe à la rencontre de trois questions majeures : le corps, avec ses normes et son idéal, le stigmate et les comportements discriminatoires, et l'obésité comme maladie somatique mais aussi sociale. Ce triptyque interroge la genèse de la norme corporelle, tant du point de vue esthétique que médicale. L'obésité comme maladie s'élabore à partir d'éléments sociaux tout autant que scientifiques, sans pouvoir les dissocier.

A. Construction d'un canon esthétique

La construction historique de l'idéal du corps dans les sociétés occidentales trouve son origine dès l'Antiquité. C'est au travers de sa représentation statuaire qu'il est possible de repérer qu'il existe, en Occident, depuis la Grèce antique, un désir des artistes de représenter le corps à partir de rapports arithmétiques, le « canon », dans des proportions jugées parfaites. L'approche naturaliste, en conformité avec le modèle environnemental, a longtemps présidé à la recherche artistique : « faire à l'image de la nature », en considérant a priori, pour des raisons spirituelles, la nature comme parfaite. Toutefois, il ne nous échappe pas que cette volonté est subvertie par la subjectivité de l'artiste dont l'œuvre est une proposition (1) personnelle. C'est au travers des traités sur le « canon » que nous avons tenté de tracer la généalogie du concept d'idéal du corps. Il existe une continuité dans l'approche de sa représentation depuis le *Doryphore* de Polyclète jusqu'à nos jours. Nous avons constaté que la place réservée au hors-norme reste un fait marginal, dans lequel le corps obèse rejoint la statuaire des monstres, des satyres et des faunes. Seuls les monuments funéraires étrusques ont échappé à la règle. Cet idéal corporel est venu, à mesure du temps, se fondre avec la notion de minceur comme incarnation du « canon esthétique ». Ce glissement de la représentation du corps, mâtiné du concept de norme, a favorisé un amalgame contemporain qui se compose de trois entités : idéal, norme, esthétique. Le triptyque ainsi constitué, comme archétype de la distinction, s'est enrichi d'une dimension morale qui suppose que la vertu et les valeurs intellectuelles élevées en sont les attributs les plus naturels. En conséquence, cette posture suppose que les individus qui

1 Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, 4.01.

ne répondent pas à l'ensemble de ces critères se trouvent exclus de toute prétention à la distinction, ce que nous avons qualifié de « double rupture ».

La situation des personnes en obésité agit comme un contrepoint. De ce fait, l'obésité devient un repoussoir. La marginalisation staturo-pondérale des individus en obésité fait le lit de leur discrimination. Elle constitue un stigmate au regard de la représentation profane, mais pas seulement, puisqu'elle est très largement partagée par la communauté médicale. La construction d'un idéal esthétique du corps, confondu avec la minceur, est l'un des vecteurs de la stigmatisation des personnes en obésité. La puissance évocatrice de l'idéal du corps dépossède les sujets hors norme de toute prétention à la séduction. Bien que les raisons soient différentes, nous avons vu comment vieillesse et obésité trouvaient sur ce point de la séduction une convergence par la disqualification. Les travaux de J.-P. Kaufmann sur les seins nus à la plage constitue une forme de quintessence : avoir plus de la quarantaine, être grosse ou avoir de trop gros seins sont des obstacles rédhibitoires à oser les seins nus. Un « trop de » constitue une provocation contraire à la représentation d'un corps en droit de s'exposer. La plage est un théâtre clos qui relève, dans le même temps, de deux propositions : « voir » et « être vu », l'enjeu de cet échange entre « voir » et « être vu » est la source de satisfaction. Si cette situation balnéaire est à l'acmé du corps livré aux regards dans sa presque nudité, il en est de même dans les autres espaces sociaux. Le cabinet du médecin est un hétérotope (1) avec ses codes spécifiques, et où la nudité procède d'une nécessité. Pour examiner un patient il convient qu'il soit dévêtu. Le fantasme réciproque du patient et du médecin excluant toute expérience équivoque de séduction permet cette situation si particulière où l'un est « nu » et l'autre pas. Devant cette asymétrie, l'idée d'un jugement sur le corps du patient ne peut être envisagée au nom d'une neutralité qui nie toute représentation étrangère au corps objet de science. Les médecins se sont exprimés sur ce présupposé sans fondement réel, puisque largement battu en brèche par leurs discours. Nous avons vu, d'une part, que cette neutralité est une construction mentale relevant de la seule déontologie, mais sans fondement dans la réalité, et, d'autre part, combien le corps gros se trouve éloigné et écarté de la catégorie des corps séduisants, quand il ne suscite pas le dégoût chez certains médecins. Le corps idéal règne en maître, même dans l'espace professionnel du cabinet médical.

B. L'obésité comme « dispositif »

Lorsque près de 15 % de la population souffre d'obésité et que l'obésité est considérée comme une maladie, il est légitime que les pouvoirs publics s'en émeuvent et mettent en place des politiques en regard des problèmes recensés. Nous avons exposé les éléments prépondérants des stratégies existantes pour répondre, face au problème de l'obésité, à un

1 Sur ce point il est possible de consulter M Foucault, *Le corps utopique. Les hétérotopies.* Paris, éd Lignes (1966).

double objectif : prévention par l'éducation et soins de qualité par les filières. L'ensemble constitue un système cohérent mais qui s'inscrit, en même temps, dans un « dispositif » plus large qui se caractérise par des antagonismes et une mise en tension du système. À première vue, il peut sembler que ce système ne soit qu'une juxtaposition hétéroclite d'éléments indépendants, chacun obéissant à une logique propre et autonome. Il n'en est rien, puisque le dispositif à une cohérence interne. Nous avons compris que cette cohérence est précisément cette mise en tension des contradictions, des adversités concurrentielles, des rapports de forces, tout autant que sa finalité d'un « plus de jouir ». G Agamben et M. Foucault nous ont fait comprendre le ravalement du sujet en tant qu'objet au sein du dispositif dont les signifiants maîtres seraient : « achetez ! », « consommez, soyez mince ! ».

Cette approche par le dispositif a permis de saisir combien l'individu en obésité peut se trouver en désarroi, tant la multitude des messages est source d'injonctions paradoxales qui conduisent à la cacophonie. Comment se situer au sein d'une offre institutionnelle de prévention, d'une incitation à la consommation alimentaire par l'industrie, à la culture du corps par la domestication athlétique ou esthétique, aux offres diététiques et médicales ? Il y a, pour la personne en obésité, une mise en abîme des propositions du dispositif.

C. L'image du corps et la question du paraître

Le corps se donne à voir, et, parce qu'il se donne à voir, il est le point d'ancrage principal du paraître. La propension moderne à privilégier l'apparence s'appuie sur deux éléments structurels majeurs. Le premier est d'avoir imposé des codes précis afin de dessiner le prototype d'un modèle corporel dont la minceur constitue un des piliers. Le second est d'avoir attaché à ce modèle des aptitudes intellectuelles et morales supposées élevées. Le corps obèse, ne pouvant prétendre remplir les codes du paraître, disqualifie les individus qui en souffrent. Le gras et le grossier ne s'éloignent jamais beaucoup l'un de l'autre.

Nous avons exposé comment se constitue le schéma corporel à partir d'expériences kinesthésiques, alors que l'image du corps procède d'une construction spéculaire à partir du stade du miroir. La figuration spatiale du corps permet à l'individu d'intégrer durablement une image mentale d'un *corps-propre* au travers de sa motricité et de ses éprouvés physiologiques. La prise de poids ne modifie pas, ou peu, le schéma corporel, ceci permet de comprendre pourquoi une personne en obésité n'habite pas son corps réel, son corps gros, pour continuer de s'identifier au corps originel expérientiel des premiers apprentissages. Il se constitue un clivage entre le corps imaginaire, celui aperçu dans le miroir, et le réel, en relation avec ses projections dans les aires cérébrales : « *L'obésité est un signifiant qui souvent coupe le sujet, de façon plus ou moins radicale, du corps vu et du corps*

réel »[1]. La scission entre ces dimensions constituantes du corps favorise l'apparition d'une faille identitaire qui fait dire parfois à la personne en obésité : « *Je ne suis pas ce corps, je suis quelqu'un d'autre* ». Il s'opère une mise à distance du corps réel, au risque, chez certains patients, d'un désintérêt pour en prendre soin. P. Schilder par son analyse du modèle postural nous a permis de saisir la double dimension du corps pour un sujet, l'une somatique et l'autre sociale. F. Dolto, par l'entremise de la psychanalyse, a favorisé la compréhension du concept d'image du corps, ainsi que celle du corps imaginaire. Au reste, le médecin se trouve bien confronté dans sa clinique à plusieurs dimensions du corps telles que nous les avons déclinées : *corps-objet*, *corps imaginaire*, *corps utopique* et *corps symbolique*. Le rapprochement de ces différentes dimensions permet d'en mesurer la cohérence d'ensemble : l'individu a et est un corps, quelle que soit, par ailleurs, son apparence.

L'approche théorique des diverses dimensions du corps a permis d'appréhender plus finement le discours des patients rencontrés lors des entretiens. De quels corps nous parlent-ils ?

D. L'obésité comme maladie, deux imaginaires différents

La médicalisation progressive de l'obésité passe, selon J.-P. Poulain, par une évolution de la pensée médicale en trois étapes : « *Elle la regarde d'abord comme une anomalie, une infirmité. Elle tente ensuite de lui appliquer un schéma causaliste. Elle voit enfin l'obésité se diffuser comme objet potentiel d'un nombre de plus en plus grand de secteurs de la médecine* »[2]. Les compagnies d'assurances sont à l'origine de l'émergence d'une préoccupation de masse alors que l'obésité était vue antérieurement de façon individuelle. Si les traités de médecine, depuis l'Antiquité, face à la pléthore, proposaient des conseils d'hygiène, ils n'évoquent jamais une préoccupation collective. Il se produit, avec l'apparition du critère de l'IMC, un effet de socialisation du concept de risque, en imposant une définition de l'obésité et une norme. L'obésité comme complexion particulière et individuelle devient une maladie somatique et sociale.

La forte prévalence de l'obésité nous assure qu'aucun médecin ne peut échapper à la question de l'accueil de patients qui en souffrent. L'affichage renouvelé des initiatives des politiques publiques vient renforcer la responsabilité du médecin généraliste qui se trouve en première ligne de la prévention et des soins. Un grand nombre d'individus, une responsabilité professionnelle accrue, qu'en est-il des représentations des uns et des autres, et des uns sur les autres ? Nos enquêtes sur le terrain ont permis de mettre en lumière les principaux constituants des représentations des médecins à propos de leurs patients en

---

1 Quintilla B. (2015). « Le corps obèse/corps signifiant. Au cours de l'amaigrissement ». *Diabète et Obésité*, mai-juin 2015, vol. 10, n° 89, p.140.

2 Poulain J.-P. (2009). *Op.cit*. p. 157.

obésité. Si ces derniers imaginent une forme de neutralité, à défaut de bienveillance, de la part de leur médecin, nous avons vu combien ces patients étaient en réalité une source de discrimination. Le fondement initial de la relation porte en partie sur un quiproquo : si l'obésité est une maladie pour les praticiens, cela ne relève pas de l'évidence pour les patients. Être malade aboutit à une demande de soins, mais, dans ce cas elle n'existe pas toujours.

Les médecins se trouvent face à des représentations contradictoires. S'ils sont convaincus de la nécessité de soigner les « obèses », ils déplorent leur impuissance à le faire. L'échec favorise le transfert de responsabilité sur le patient, qui, par surcroît, est affublé d'une autre maladie que son obésité, son manque de volonté. La croyance qui consiste à penser que « quand on veut, on peut » s'affiche le plus souvent dans le discours sur la volonté comme remède. Si cela procède d'une méconnaissance scientifique, c'est aussi le témoin délétère d'un amalgame qui place le sujet en obésité dans le champ de la culpabilité. La posture du coupable est d'autant plus forte que la société affiche tous les moyens de prévention : abondance mais diversité alimentaire pour un choix éclairé, information sur la nutrition et la diététique, promotion de l'activité physique ou du sport, facilité d'accès à des produits rapides à cuisiner. Alors, pourquoi les sujets obèses sont-ils dans l'incapacité de s'approprier tous les outils offerts par la société moderne ? Leur situation corporelle est la sanction de leur inertie psychique. Démonstration sommaire qui a la vertu de créer un modèle de causalité simpliste mais efficace et d'exclure de cette société performative les individus qui n'en respectent pas les règles. Appréhendée sous ces deux aspects on peut penser que « *la maladie n'est pas seulement une déviance biologique, mais une déviance sociale, et le malade est vécu par les autres et se vit lui-même comme un être socialement dévalué ; il appartient à "la confrérie des perdus, des traqués"* »[1].

Étudiants en médecine et médecins partagent le même système de représentations. Toutefois, les étudiants semblent plus empathiques à l'égard des patients en obésité. L'absence d'expérience professionnelle durable ne leur a pas permis d'expérimenter les échecs itératifs de leurs aînés. Malgré cela, le présupposé du manque de volonté, comme élément constitutif du noyau central de la représentation, est au centre du discours des étudiants. Clairement, la communauté médicale fait de l'obésité une maladie de la volonté.

E. Gros et grossier

Appréhendé comme en situation d'addiction, doublé d'une complaisance coupable pour sa maladie, le patient en obésité est confronté, comme nous venons de le voir, à une disqualification d'apparence, mais aussi de l'esprit. Les médecins ne se démarquent pas des représentations sociales communes qui font du « gros » un être d'excès par son poids, et de manque par défaut d'aptitudes intellectuelles. L'épaisseur des formes témoignerait

1 Laplantine F. *Op. cit*. p. 117.

de celle de l'esprit. « *Les représentations dominantes de la médecine contemporaines ne sont pas sensiblement distinctes des représentations populaires* »[1].

Le choix lexical de certains médecins reflète une dégradation d'image jusqu'à la vulgarité. L'idéologie du contrôle et de la performance favorise, en l'accentuant, la dévalorisation des sujets en obésité. La question pendante à ce constat est de comprendre pourquoi les médecins s'autorisent-ils à s'exprimer de façon aussi vulgaire lorsqu'il s'agit de parler de patients en obésité ? Il n'est pas besoin de revenir sur la tradition carabine qui s'affranchit des codes posturaux et langagiers depuis la création des écoles de médecine. Quelle qu'en soit la raison, la distinction entre les chahuts estudiantins, et leurs prolongements dans le huis-clos des conversations entre médecins, n'entache habituellement pas le discours public. Ici, il n'en est rien. Les représentations dégradées des « obèses » envahissent le langage à proportions de leur dégoût. Le rejet est étayé par plusieurs déterminants : la vision du corps gros, son toucher, l'attribution d'une inertie physique et psychique du patient, une projection personnelle lorsqu'il s'agit d'évoquer la séduction ou la sexualité. L'image corporelle détériorée du patient envahie l'espace des représentations mentales du praticien aux dépens de sa disponibilité professionnelle. Le phénomène favorise une expression libérée, quasi contre-phobique, à propos du sujet gros.

F. Obésité et pauvreté : classer, déclasser

L'obésité est un marqueur social. Après avoir été le signe de l'opulence, elle est aujourd'hui le stigmate du déclassement. Si les populations les plus précaires sont les plus touchées par la fréquence de l'obésité, elles subissent en parallèle une forme de déclassement moral. L'échelle sociale devient l'outil de mesure de classement des individus au regard de leur corpulence pour, dans un deuxième temps, établir une hiérarchie de la distinction. Le « gros » ne relève pas du même traitement selon qu'il soit nanti ou impécunieux. S'il existe des individus en obésité dans les classes dirigeantes, ils continuent de bénéficier du préjugé ancien lié à l'image de puissance. Il s'opère un processus inconscient de tri dans les représentations mentales. Ceci étant, force est de constater que les classes aisées maintiennent les codes du paraître en exerçant une pression constante pour les imposer, à commencer par celui de la minceur.

G. Perspectives pédagogiques

À la lumière des résultats de notre recherche, nous avons sollicité des étudiants de deuxième cycle sur le même thème. Pour mener cette enquête, nous avons animé deux focus groups réunissant 26 étudiants. Les premiers résultats montrent que les représentations de

1 *Ibid*. p. 110.

ces étudiants plus jeunes sont identiques à celles de ceux de troisième cycle, ainsi que des médecins. En particulier, ils ne diffèrent pas quant à la stigmatisation des patients en obésité, ni à la perception de la responsabilité, du manque de séduction, et de l'impossibilité d'une sexualité. Les résultats ne sont pas surprenants, puisqu'il n'y a pas de raison pour que ces jeunes étudiants échappent aux représentations sociales communes et à celles de leurs aînés. Ce constat nous a amené à proposer, au sein de notre faculté, un enseignement spécifique sur les représentations des patients en obésité ; enseignement dédié aux étudiants de deuxième cycle. Au-delà, le projet a pour objectif de permettre à ces futurs médecins de s'interroger sur la genèse des attitudes discriminatoires dans l'exercice de la médecine. Sur ce point, nous avons mesuré chez ces jeunes étudiants la place déjà accordée au fantasme du « surmoi hippocratique ». Si les étudiants sont prompts à assurer que les patients sont traités dans un principe d'égalité, ils sont en difficulté pour appliquer les valeurs qu'ils prônent.

H. L'idéal du corps, le désir de minceur et le signifiant maître

La question du corps est centrale dans nos sociétés modernes. Si le corps est objet de soin, il est tout autant objet de culte. Le fait d'avoir et d'être un corps met le sujet dans une situation d'embarras. Les rapports qu'entretiennent la *psyché* et le *soma* ne peuvent être déterminés par une subsomption. Qui est le maître ? C'est selon, pourrait-on dire. La gouvernance se fait dans l'alternance selon le point de vue que l'on adopte. Si la préoccupation du corps est le produit de la *psyché*, la mise en œuvre est propre au soma. Notre travail a tenté de tracer une perspective du rapport que les individus, obèses ou non, ont avec l'idée d'un corps idéal. Les déclassés, comme les nantis, sont saisis par ce fantasme. Il ne s'agit que d'une question d'éloignement par rapport à l'objectif. Le fait d'en être éloigné ne signifie pas qu'on y renonce, bien au contraire, ce qui manque le plus produit un regain de désir. Quelle que soit la situation initiale le signifiant maître « *soyez mince !* » ne laisse pas en paix. Ceux qui y aspirent, engagent de l'énergie pour y parvenir, tandis que ceux qui en sont dotés, consacrent de l'énergie pour le préserver. Le corps mince, comme idéal du corps, est traité comme un bien, un objet qui manque ou que l'on peut perdre, mais aussi un objet que l'on sculpte, qu'on peut contraindre par la règle et la discipline. La relation au corps idéal, par le joug que ce dernier fait peser sur les individus, serait à rapprocher du discours d'Aristote sur « l'usage des corps »[1]. Au moment où il s'agit de définir la nature de l'esclave, Aristote considère que l'œuvre de l'esclave est « l'usage du corps ». Pour approcher le signifiant maître « *soyez mince !* », tout est mis en œuvre pour y tendre, par le corps, et pour le corps, au risque de l'esclavage.

1 Aristote. *La Politique*. 1254b18. In *Les Politiques*. Paris, éd. GF- Flammarion.

I. Les médecins et les représentations sociales de l'obésité

Il n'est pas surprenant que les médecins soient eux-mêmes saisis dans le même jeu des représentations sociales dominantes. Notre travail est une contribution à l'évolution de leurs représentations, sans pouvoir espérer une modification rapide au sein de la profession médicale, car c'est d'abord par l'entremise des changements de représentations sociales communes que celles des médecins évolueront. Tout juste pouvons-nous croire que l'abandon progressif du fantasme du « surmoi hippocratique » contribuera à une approche plus nuancée des différences entre les patients. La croyance de l'unicité de la posture face au patient, loin de garantir l'égalité de traitement, nuit à la qualité d'accueil des patients dans leur différence. Nous pouvons espérer que les médecins, confrontés à leurs attitudes discriminantes à l'égard des patients en obésité, se saisiront de cette opportunité de critique. Ce travail permettra, peut-être, une réhabilitation des patients en obésité dans le respect qui leur est dû, afin qu'ils puissent faire valoir, auprès d'un plus grand nombre de médecins, les besoins spécifiques qui sont les leurs.

BIBLIOGRAPHIE

Sociologie – Anthropologie

Ouvrages et articles

• Abric J.-C. (2007). *Méthodes d'études des représentations sociales*. Chap. « La recherche du noyau central et la zone muette des représentations ». Toulouse, éd. Erès.

• Abric J.-C. (2009). « L'étude expérimentale des représentations sociales » in *Les représentations sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF.

• Abric J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, coll. « Quadrige », PUF.

• Adam P., Herzlich C (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Coll. Univ. de poche N°128, Paris, éd. A. Colin.

• Beck F., Maillochon F. (2014). « Corpulence et poids de l'image » in *Le poids du corps à l'adolescence*. (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Billig A. (2010). *Représentations des adultes obèses concernant les causes et les moyens de prise en charge de l'obésité : place du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi dirigés dans la patientèle d'un médecin généraliste de la Somme*. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Amiens.

• Birraux A. (2014). « Le poids du regard de l'autre » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Birraux A., Lauru D. (dir.) (2014). *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris, éd. Albin Michel.

• Boëtsch G. (2013). « Le corps entre normes biologiques et normes sociales ». Conférence du 8 octobre 2013. *Les nouvelles d'Archimède (la revue culturelle de Lille 1)*, oct. 2013.

• Boggio V. (2007). « L'enfant mangeur piégé et écartelé par l'hypermodernité ». 8e journée AREPEGE et médecine et enfance : *Société hypermoderne, société bouleversée : quels effets sur les enfants ?* Paris, 15 septembre 2007.

• Bourdieu P. (1977). « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol 14.

• Bourdieu P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, éd. de Minuit.

• Chiva M., Fischler C. (1986). « Comment apprend-on à manger ? » *Lieux de l'enfance. Cahiers* n° 6-7.

• Dagognet F. (1997). *Des détritus, des déchets, de l'abject*. Paris, éd. La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

• Dargent J. (2005). *Le corps obèse. Obésité, sciences et culture.* Seyssel, éd. Champ Vallon, Coll. « milieux ».

• Desrosières A. (1997). « Quételet et la sociologie quantitative : du piédestal à l'oubli », in *Actualité et universalité de la pensée scientifique d'Adolphe Quételet* (Académie Royale de Belgique).

• Detrez C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris, coll. Points « Essais », éd. Le Seuil.

• Drémont M. (2015). *Analyse comparative des représentations entre les attentes réelles des patients en obésité et celles que leur attribut leur médecin généraliste*. (Dir. P.Cornet). Thèse de doctorat en médecine. Université Paris VI.

• Dubois N. (2002). «Autour de la norme sociale», *Les cahiers psychologie politique* [En ligne], numéro 2, octobre. http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640.

• Durif-Bruckert C. (2011). *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*. Paris, éd. A. Colin.

• Durkheim E. (1898). « Représentations individuelles et représentations collectives ». *Revue de métaphysique et de morale*, tome VI, mai 1898.

• Durkheim E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, PUF (éd. 1968).

• Durkheim E. (1967), « Représentations individuelles et représentations collectives ». Revue de métaphysique et de morale, t.1, 1898, in *Sociologie et philosophie*, Paris, PUF.

• Easterlin R. (1981). "Birth and Fortune. The Impact of Numbers on Personal Welfare". *Population*, 1981, vol. 36, n° 3.

• Easterlin, R. A. (1974). "Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence". *Nations and households in economic growth*, 89, 89-125.

• Fellag H. (2007). « Adolphe Quetelet, l'inventeur de l'homme moyen ». *Revue Campus* n° 6. p. 17.

• Fischler C. (1990). *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris, éd. Odile Jacob.

• Fischler C. (1993). « Obèse bénin, obèse malin ». *Autrement*, n° 138 (« Le mangeur »).

• Friedman, Reichmann, Costanzo, Ashmore, Musante. "Weight stigmatisation and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults". *Obes. Rev.*, 2005 may; 13(5): 907-16.

• Genné M. (1981). « La théorie de la transition démographique comme référentiel aux modèles démo-économiques ». *Tiers-Monde*. Vol. 22, n° 87, p. 557-572.

• Gineste T. (1981). *Victor de l'Aveyron, dernier enfant sauvage, premier enfant fou*. Paris, éd. Le Sycomore.

• Goffman E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps.* Paris, éd. de Minuit (1975).

• Gortmaker S.-L., Must A., Perrin J.-M. et al. “Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood”. *N. Engl. J. Med.* 1993 Sep 30; 329(14): 1036-7.

• Guérin R., Lasserre E., Moreau A., Guïoux A., Le Goaziou M.-F., Laville M., Letrilliart L. « Surpoids de l’adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations ». *Exercer* 2008 ; 84 : p135-141.

• Herzlich C, Adam P. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Paris, éd. A Colin.

• Jeammet P. (2014). « Le corps, régulateur des émotions » in *Le poids du corps à l’adolescence*. Paris, éd. Albin Michel.

• Jodelet D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris, coll. « Les classiques des sciences sociales », PUF.

• Jodelet D. (2009). *Représentations sociales : un domaine en expansion. Les représentations sociales*. Paris, coll. « Sociologie d’aujourd’hui », PUF.

• Kaufmann J.-C. (2010). *Corps de femmes, regards d’hommes. Sociologie des seins nus sur la plage*. Ed. Pocket.

• Lafontaine C. (2014). *Le Corps-Marché. La marchandisation de la vie humaine à l’ère de la bio-économie*. Paris, éd. Le Seuil.

• Lahlou S. (1994). *La magie incarnée. Manger magique.* Paris, éd. Autrement.

• Laplante B. (2009). « Fécondité et famille ». Conférence du 10 sept. 2009. INRS, Centre Urbanisation Culture Société.

• Laplantine F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Bibliothèque scientifique Payot, éd. Payot (1992).

• Lauru D. (2014). « Le poids de la culpabilité » in *Le poids du corps à l’adolescence*. (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Lavater J.-C. (1775-1776). *L’art de connaître les hommes par la physionomie*. Paris, Nouv. éd. Depélafol (trad. 1820).

• Le Breton D. (1992). *La sociologie du corps*. Paris, coll. « Que sais-je », PUF, 5e éd. 2002.

• Le Breton D. (1992). *Des visages. Essai d’anthropologie*. Ed. Métaillé (éd.2003).

• Le Breton D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, coll. « Quadrige, Essais Débats », PUF.

• Louarne Ch. (1842). « Le Diable, sa vie, ses mœurs et son intervention dans les choses humaines ». *La Revue des deux mondes*, 4e série, tome 31.

• Malka J., Duverger P. (2014). « Le poids des mots » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Mannoni P. (1998). *Les représentations sociales*. Paris, coll. « Que sais-je ? ». PUF (5e éd. 2010).

• Margat C. (2007). « Dégoût » in *Dictionnaire du corps* (dir. M. Marzano), Paris, PUF.

• Margat C. (2011). « Phénoménologie du dégoût. Inventaire des définitions ». Paris, coll. *Ethnologie française,* PUF, 2011/1, vol. 41.

• Marty F. (2014). « L'obésité à l'adolescence » in *Le poids du corps à l'adolescence.* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Memmi D. et al. (2011). « Introduction » in « Anatomie du dégoût ». *Ethnologie française*. Paris, PUF, 2011/1, vol.41.

• Moscovici S. (2009). « Des représentations collectives aux représentation sociales » in *Les représentation sociales* (dir. Jodelet D.). Coll. Sociologie d'aujourd'hui. PUF. Paris.

• Parsons T. (1948). "Illness and Role of Physician", in C. Kluckhohn et H.-A. Murray, *Personality in Nature, Society and Culture*, New-York, A.-A. Knopf.

• Peter-Décarsin C. (1995). *Le corps mort : sujet ou objet de l'autopsie ou de la naissance du cadavre à la mort de l'homme*. DEA Éthique médicale et biologique (dir. Mme le Pr Rudler), Necker, Paris.

• Poulain J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris, PUF, coll. Sciences sociales et société.

• Poulain J.-P. (2011). *Sociologies de l'alimentation*, Paris, PUF, coll. Quadrige.

• Rogge, Greenwald, Golden (2004). "Obesity, stigma, and civilized oppression", *ANS Adv. Nurs. Sci*. 2004 oct-dec; 27(4):301-15, PMID 15602281.

• Rouquette M.-L., Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales.* Presses universitaires de Grenoble.

• Saint Pol T. de (2008). « Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent ». *Bulletin Épidémiologique,* AFSSA.

• Saint Pol T. de (2010). *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Le lien social. PUF. Paris.

• Saint-Pol T. de (2007). « Comment mesurer la corpulence et le poids idéal ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle ». *Notes & Documents* 2007, Paris, OSC.

• Sperber D. (2009). « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives » in *Les représentation sociales* (dir. Jodelet D.). Paris, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », PUF.

• Tauzin A. (2006). « Le corps féminin et ses transformations dans la société maure de Mauritanie : influences exogènes et évolutions internes ». In Médias visuels et femmes en Afrique de l'Ouest, sous la direction de Werner J.-F. Paris, éd. L'Harmattan.

• Trincaz J. (1981). *Colonisations et Religions en Afrique noire. L'exemple de Ziguinchor*. Paris, éd. L'Harmattan.

• Trincaz J. (2011). *Le vieillissement, défis et chances : une révolution*. Agora. MGEN.

• Trincaz J., Puijalon B. (2007). « Vieillesse » in *Dictionnaire du corps* (dir. Marzano M.) Paris, PUF.

• Vigarello G (2012). *La silhouette du XVIII^e siècle à nos jours. Naissance d'un défi*. Paris, éd. Le Seuil.

• Vigarello G. (2010). *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, éd. Le Seuil.

Sites internet

• Amadieu J.-F. (2005). *L'obèse : incroyable discriminé*. Observatoire des discriminations. www.observatoiredesdiscriminations.fr/.../l_obese_lincroyablediscrimine.pdf.

• Tourette-Turgis C. *Le maintien de soi en vie*. www.univ-paris13.fr/Habilitation-a-diriger-les-recherches/lactivite-de-maintien-de-soi-en-vie-et-son-accompagnement-un-nouveau-champ-de-recherche-en.html.

Psychologie – Psychanalyse

Ouvrages et articles

• Dolto F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Paris, éd. Le Seuil, coll. Points « Essais ».

• Giusti V., Panchaud M. « Profil psychologique du patient obèse ». *Rev. Med. Suisse* 2007 ; 105 : p. 846-849.

• Grangeard C. (2012). *Comprendre l'obésité. Une question de personne, un problème de société*. Paris, éd. Albin Michel.

• Grangeard C. (2014). « Faim de régime » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Harper L.-V., Sanders K.-M. (1975). "The effect of adults'eating on young children's acceptance of unfamiliar foods". *Journal of experimental child psychology* (20) : 215-225.

• Lacan J. (1966). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». Communication faite au XVI[e] Congrès international de psychanalyse, à Zürich, le 17 juillet 1949, Paris, *Les Écrits*, éd. Le Seuil.

• Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1971). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.

• Levine J. (2009). « L'obésité traversée par l'image de soi. Les enfants en surcharge pondérale » in *Trop gros ? L'obésité et ses représentations* (dir. Csergo J.) éd. Autrement.

• Lévi-Strauss C. (1964). *Mythologiques. Le cru et le cuit*. Paris, éd. Plon, t. 1.

• Lombroso C. (1876). *L'Uomo delinquente. L'homme criminel, criminel-né-fou moral-épileptique*. Paris, Ancienne librairie Germer Baillière (trad. C. Letourneau 1887).

• Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Coll. « Tel », éd. Gallimard (2012).

• Morgagni G. (1824) *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*. Tome 9. Trad. latin Desormeaux M A et Destouet J P. Ed Bechet Jeune.

• Quintilla B. (2015). « Le corps obèse/corps signifiant. Au cours de l'amaigrissement ». *Diabète et obésité*, mai-juin 2015, vol. 10, n° 89, p. 140.

• Ringenbach M. (2008). *Expression de la souffrance chez l'enfant obèse*. Communication orale (non publiée).

• Schilder P. (1935). *L'image du corps. Études des forces constructives de la psyché*. Paris, coll. « Tel », éd. Gallimard (2009).

• Thaler R.-H., Sunstein C.-R. (2010). *Nudge. La méthode douce pour inspirer la bonne décision*. Paris, éd. Vuibert.

Sites internet

• Groddek G. (1923). *Le livre du Ça*. Trad. L Jumel. p. 61. « Les classiques des sciences sociales » Site web: http://classiques.uqac.ca/.

Guir J. (1983). *Psychosomatique et Cancer*, Paris, éd. Points Hors Ligne. http://www.docteurjeanguir-psycho-somatiqueetcancer.org

Guir J. *La maladie psychosomatique : « Une Père-version » ?* , http://www.guir.fr/.

Wallon H. (1938). *Perception et mimétisme*. Encyclopédie Française, tome VIII. source : http://colblog.blog.lemonde.fr/2011/01/15/jacques-lacan-la-famille/.

Philosophie

Ouvrages et articles

• Agamben G. (2006). *Che cos'é un dispositivo*. Rome, Nottetempo editore. (Trad. française : *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, éd. Payot et Rivages, 2007).

• Alberoni. F. (1993). *Innamoramento e amore*. Milan, A Garzanti editore. (Trad. française : *Le choc amoureux*, éd. Ramsay, Pocket, 2000).

• Aristote. *La Politique*. 1254b18. In *Les Politiques*. Paris, éd. GF- Flammarion.

• Canguilhem G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Paris, coll. Quadrige, PUF (11e éd., 2009).

• Cassirer E. (1927). *Individu et cosmos dans la philosophie de la Renaissance*. Paris, coll. « Le sens commun », éd. de Minuit. (trad. franç. 1983).

• Comte-Sponville A. (2013). *Dictionnaire philosophique*. Paris, 4e éd., PUF.

• Descartes, R. (1641). *Méditations métaphysiques - IVe méditation*. trad. Florence Khodoss, Paris, PUF (éd. 2004).

• Du Puy-Montbrun T. (2003). « Science et conscience. La question de l'âme et du corps. Apport d'Aristote ». *Le Courrier de colo-proctologie* (IV) - n° 1 - janv.-fév.-mars 2003.

• Foucault M. (1966). *Le corps utopique. Les hétérotopies*. Paris, éd Lignes.

• Foucault M. (1977). *Dits et écrits*. Paris, éd. Gallimard, coll. Bibliothèques des sciences humaines. Vol. 3 (éd 1994).

• Foucault M. (2007). *Naissance de la clinique*. Paris, PUF, coll. Quadrige, « Grands textes », (7e éd. 2007).

• Jankélévitch V. (1975). Article. *Le Nouvel Observateur* (17 mars 1975).

• Marzano M. (2010). *La philosophie du corps*. Paris, coll. « Que sais-je ? ». PUF.

• Marzano M. (2012). *Penser le corps. Question d'éthique*. Paris, PUF.

• Meitinger S. (2007). « Éros socratique. Socrate, Alcibiade et les effets de l'amour ». *Journée de l'Antiquité de l'Université de la Réunion*, 25 avril 2007.

• Nietzsche F. (1872). *La naissance de la tragédie*. Coll. Médiations. Ed. Gonthier (1969). Utrecht, Pays-Bas.

• Nietzsche F. *Fragments posthumes*. T. XIV, Début 1888-début janvier 1889, textes et variantes établis par Giorgio Colli et Mazzino Montinari, traduits de l'allemand par J-C. Hémery. Gallimard, Paris. (1977), Fragment n° 14 [65].

• Offfray de La Mettrie J. (1707). *L'Homme Machine*. Leyde, éd. Luzac (1748).

• Platon. *Gorgias*. 474c/474d. Paris, éd. Garnier-Flammarion, (éd.1967).

• Saint Girons B. (2009). *Le pouvoir esthétique. Le philosophe*. Ed. Manucius. Paris.

• Schipper K. (1982). *Le corps taoïste*. Paris, éd. Fayard.

• Spinoza B. (1677). *Éthique*, traduction C Appuhn. Paris, éd. Garnier-Flammarion (éd.1965).

• Thomas J.-P. (2013). *La médecine, nouvelle religion*. Paris, éd. François Bourin.

Wittgenstein L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris, éd. Gallimard, coll. Tel (éd. 1993).

Sites internet

• Saint Augustin. Du maître. Le Christ est la vérité, il enseigne au-dedans. *Œuvres complètes de Saint Augustin* ; XII ; 39 (trad. Abbé Raulx). http://www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/augustin/maitre/index.htm#_Toc14686861.

• Saint Augustin. La Genèse au sens littéral. *Œuvres complètes de Saint Augustin* ; XII ; 35 (trad. Abbé Raulx). http://www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/augustin/maitre/index.htm#_Toc14686861.

Médecine – Histoire de la médecine

Ouvrages et articles

• Baclet N., Cornet P., Douilly V. et al. (2002). *Obésité. Accompagner pour soigner*. Paris, coll. « Conduites », éd. Doin.

• Barthassat V., Lagger G., Golay A. (2008). « Représentations, comportement et obésité ». *Rev. Méd. Suisse* 2008 avril 151(4).

• Basdevant A. (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris, Médecine Sciences publications, éd. Flammarion-Lavoisier.

• Basdevant A. (2014). « Trajectoire de poids » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Basken. C. (2014). *Représentations sociales et obésité. Les personnes en obésité et la relation de soin*. Thèse de doctorat en médecine (dir. P. Cornet). Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

• Bonnier P. (1904). *Le Vertige*. Paris, 2e éd. Masson & Cie.

• Boubal C. (2013). « Administrer la preuve en promotion de la santé : La (re)découverte des sciences du comportement ». Journée d'étude : *Obésité : construction d'un problème public et des politiques de gestion (ou de contrôle) des pratiques alimentaires*. 9 décembre 2013, UPEC (Université Paris-Est Créteil).

• Brown I., Thompson J., Tod A., Jones G. "Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perception of obese patients". *Br. J. Gen. Pract*. 2006.

• Carpentier J. (1977). *Médecine générale*. Paris, éd. Maspero.

• Charles A. (2011). « Épidémiologie de l'obésité » in *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité* (dir.Basdevant A. et al.). Paris, Médecine Sciences publications, éd. Flammarion-Lavoisier.

• Clarac F., Ternaux J.-P. (2008). *Encyclopédie historique des neurosciences. Du neurone à l'émergence de la pensée*. Bruxelles, éd de Boeck.

• Cornet P., Durel M., Guir J. (2012). *Initiation à la dimension psychosomatique en troisième cycle de médecine générale à Paris VI. Un enseignement centré sur les concepts de transfert, de symptôme, du signifiant et de la jouissance*. Annales du congrès Dinan 2010 ; Collège des psychiatres libéraux. Psychiatries. Transmettre : hasard et nécessité; p.123-134.

• CPAM. Point d'information 21 février 2013. *Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence*.

• Dupont E. (2014). *Rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé quant à l'application des recommandations du PNNS*. Thèse de doctorat en médecine (dir. P. Cornet). Université Paris VI.

• Formann-Hoffman V., Little A., Wahls T. "Barriers to obesity management: a pilot of study primary care clinicians", *BMC Fam Pract.*, doi:10.1186/1471-2296-7-35; 2006; 7 : p35-46.

• Guilliford M. (2015). "Probability of an obese person attaining normal body weight: Cohort Study using Electronic Health Record". *American Journal of Public Health*. July 16, 2015.

• Gül Cevahir-Sahin Granade. (2007). *La phénoménologie du corps et de l'intersubjectivité incarnée chez Gabriel Marcel et Merleau-Ponty*. Thèse de doctorat. BIS. FR 2007PA040252.

• Haslam D., Rigby N. "A long look at obesity". *The Lancet*, vol. 376, issue 9735, p. 85-86, 10 july 2010.

• Head H., Holmes, G. (1911). « Sensory disturbances from cerebral lesion ». *Brain*, 34.

• Heinroth J.-C. A. (1773-1843). *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*. Manuel des maladies de l'âme et des moyens de les traiter. (Trad. anglaise 1975 : *Textbook of Disturbances of Mental Life, or Disturbances of the Soul and Their Treatment*, Johns Hopkins University Press).

• Helb M.-R, Xu J. "Wheighing the care: physicians reactions to the size of a patient". *Int. J. Obes.* 2001; 25: p. 1246-1252.

• Keys A. et al. (1972). "Indices of relative weight and obesity". *Journal of chronic diseases*. 25 : 329-23.

• Lebas L. *Expériences, opinions et attentes d'adultes obèses concernant leur prise en charge en médecine générale : étude qualitative par la méthode des groupes focalisés*. Thèse de doctorat en médecine, 2009.

• Maccary A. (1811). *Traité sur la polysarcie*. Paris, éd. Gabon.

• MacIntyre S. (1986). “The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research”. *Social Science and médecine*, vol. 23, issue 4, 393-415.

• Méchali L. (2014). *Le travail : un outil de prise en charge au long cours des sujets psychotiques*. Thèse doctorat en médecine. Université Paris XI.

• Mestoudjian P. (2012). *Que recommandent les médecins généralistes à leurs patients en surpoids ou obèses ? : Approche des représentations de l’obésité et des patients qui en souffrent chez les médecins généralistes : étude transversale à Paris*. Thèse de doctorat en médecine (dir. P. Cornet), Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

• Neel, J. V. (1962). “Diabetes mellitus a ‘thrifty’ genotype rendered detrimental by ‘progress’?”. *Am. J. Hum. Genet.*, 14, 352-353.

• Pesant M. H.,Wunder D., Pralong F., Giusti V. (2010). « Obésité et fertilité ne font pas bon ménage ». *Rev. Med. Suisse* 2010;6:662-5.

• Ploteau S. (2000). *Bilan de dix ans d’une association pour les dons de corps au laboratoire d’anatomie de Nantes*. Thèse de doctorat en médecine. Lille.

• Pooter M.-B., Vu J.-D., Croughan-Minihane M. “Weight management: what patients want from their primary care physicians”. *J. Fam. Pract.* 2001; 50 : p. 513-518.

• Pulvers K.M. et al. (2008). “Comparison of body perceptions between obese primary care patients and physicians: implication for practice”; *Patient Educ. Couns*. 2008 oct. 73(1); p. 73-81.

• Ruelaz A.-R., Diefenbach P., Simon B., Lanto A., Shekelle P.-G. (2007). “Perceived barriers to weight management in primary care – Perspectives of patients and providers”. *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22(4) : 518-522.

• Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair, Billington. (2003). “Weight bias among health professionnals specializing in obesity”. *Obes. Rev.* 2003;11(9):1033-9, PMID 12972672.

• Soum R. (2014). *Approche des représentations de l’obésité en médecine générale. Une étude qualitative à Paris*. Thèse de doctorat en médecine (dir. P. Cornet), Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

• Stringer M., Becker I. (2010). “Colombo and the clitoris”. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

• Tan D., Zwar N.-A., Dennis S.-M., Vagholkar S. (2006). “Management in general practice: what do patients want?”. *Med. J. Aust.* 2006; 185(2).

• Thomas J.-P. (2013). *La médecine, nouvelle religion*. Paris, éd. François Bourin.

• Van Grevenynghe K. (2009). *Prise en charge de l’obésité de l’adulte : attitudes et attentes des médecins généralistes dans le Puy de Dôme*, thèse de doctorat en médecine, 2009.

• Vesale A. (1543) De humani corporis fabrica libri septem La fabrique (La fabrica) du corps humain.

• Von Haller A. (1757). *Elementa physiologiae corporis humani*. Lausanne, éd. Bousquet et soc, tome 1.

• Wadden T.A. et al. (2000). "Obese woman's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practice". *Arch. fam. med*., vol. 9; sept.-oct. 2000.

• Wiese, Wilson, Jones, Neises (1992). "Obesity stigma reduction in medical students", *Int. J. Relat. Metab. Disord.* Nov;16(11):859-68, PMID 1337340.

Sites internet

• Bonnier P. (1905). « L'aschématie ». *Rev. Neuro.* (Paris) 1905;13:605–9. Cité in *Psychopathologie de l'image du corps* ; Master de psychologie clinique et pathologique ; Université de Poitiers. Site psychopoint. www.univ-poitiers.fr/master-sciences-humaines-et-sociales-mention-psyc...Consultation mars 2013.

• Colombo R. (1559) *Cremonensis... De re anatomica*. libri XV. Venetiis : Ex typographia Nicolai Beuilacquæ. http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k53869w.

• Leriche. (1937). « La santé c'est la vie dans le silence des organes », www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/leriche-rene.html.

• Rigutti A. 1999. *Atlante di anatomia (illustrato)*. Giunti Editore. www.libreriauniversitaria.it/atlante-anatomia-rigutti-adriana-giunti/libro/9788809017931.

Histoire – Histoire de l'art

Ouvrages et articles

• Bachofen J.-J. (1861). *Le Droit maternel, recherche sur la gynécocratie de l'Antiquité dans sa nature religieuse et juridique*, trad. Étienne Barilier, éd. L'Age d'Homme (1996).

• Balard M., Genet J.-P., Rouche M. (2011). *Le Moyen Âge en Occident*. Paris, coll. « Histoire de l'Humanité », 5e éd. Hachette supérieur.

• Barbillon C. (2004). *Les canons du corps humain au XIXe siècle*. Paris, éd. Odile Jacob.

• Bellay C.-P. (1890). *Proportions du corps humain. Abrégé de l'ouvrage de Jean Cousin avec adjonction des canons de proportion employés à différentes époques*. Paris, éd. Delagrave.

• Breton S. (2007). Catalogue de l'exposition *Qu'est-ce qu'un corps ?* Musée du quai Branly. Paris, coéd. Branly/Flammarion.

• Cassagrande C., Vecchio S. (2003). *Histoire des péchés capitaux au Moyen Âge*. Paris, éd. Aubier.

• Chastel A. (1995). *L'art italien*. coll. Tout l'art Histoire. Paris, éd. Flammarion.

• Comte de Laborde L. (1856). *De l'union des arts et de l'industrie, le passé, l'avenir.* Paris, Imprimerie impériale.

• Corbin, A. et al.. (2005). *Histoire du corps, de la Renaissance aux Lumières*. Paris, éd. Le Seuil.

• Danto A. (1964). *The Artworld, Journal of Philosophy*, trad. franç. « Le monde de l'art », dans Lories D. Philosophie analytique et esthétique. Paris, éd. Méridiens-Klincksieck.

• Davadas C. (1969). « Trois bronzes minoens de Skoteino ». *Bulletin de correspondance hellénistique*. N° 92-2 ; p. 620-650.

• De Baecque, A. (1993), *Le corps de l'histoire. Métaphores en politique (1770-1800),* Paris, éd. Calmann-Lévy.

• Didron A.-N., Durand P. (1845). *Manuel d'iconographie chrétienne, grecque et latine. Traduction du manuscrit byzantin*. Paris, Le Guide de la peinture, Imprimerie royale.

• Eco U. (2004). *Histoire de la beauté*. Paris, éd. Flammarion (éd. 2010).

• Eco U (2007). *Histoire de la laideur*. Paris, éd. Flammarion (éd. 2007).

• Fau J. (1886). *Anatomie artistique. Textes avec figures par Édouard Cuyer*. Paris, éd. Baillières et fils.

• Gauricus Pomponius (1504). *De sculptura*. Genève, Droz (éd.1969).

• Ghirardi A. Passerotti B. « Il culto di Michelangelo e l'anatomica nell'età di Ulisse Aldrovandi » in Giuseppe Olmi *Representare il corpo* (éd. 2004). Bologne, Bonnonia University Press.

• Gimbutas, M. (1974). *The gods goddesses of Old Europa, 7000-3000 BC: Myths, legends & cult images*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

• Gourévitch D, Grmek M. (1987). « L'obésité et ses représentations figurées dans l'Antiquité ». *VII^e Rencontres internationales d'archéologie et d'histoire,* Antibes, oct. 1986, éd. A.P.D.C.A, Juan-les-pins.

• Gourévitch. D. (1985) « L'obésité et son traitement dans le monde romain ». *Hist. Phil. Life Sci*. 7 ; 195-215.

• Jimenez M. (2010). *La querelle de l'art contemporain*. Paris, coll. « Essai », Folio, éd. Gallimard.

• Jombert C.-A. (1755). *Méthode pour apprendre le dessin*. Paris, imprimerie de l'Auteur, rue Dauphine, à l'image Notre-Dame.

• Lemozi A, 1952. « Le Combel de Pech-Merle, commune de Cabrerets (Lot) et ses nouvelles galeries [archive] », *Bulletin de la Société préhistorique de France*, tome 49, n° 7.

• Leroi-Gourhan A. (1992). *L'Art pariétal : langage de la préhistoire*, Grenoble, éd. Jérôme Million.

• Lorblanchet M. (2012). *Art Pariétal : grottes ornées du Quercy* (ISBN 978-2-8126-0164-4).

• Mandressi R. (2003). *Le regard de l'anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*. Paris, éd. Le Seuil.

• Nakamura C., Meskell L. (2009). "Articulate bodies: forms and figures at Çatalhöyük". *J. Archaeol Method Theory* 2009; 16: 205-230.

• Pacifici P. (2010). « Chairs mortifiées. Connaissance anatomique et esthétique de la souffrance dans la représentation des martyrs au XVI^{e} et XVII^{e} siècles » in Bouteille-Mestier C., Aukrust K. *Corps sanglants, souffrants et macabres. XVI^{e} et XVII^{e} siècles*. Presses Sorbonne nouvelle.

• Paoletti G. (2002). *Discorso alle immagini sacre e profane*. Libreria Editrice Vaticana. Italie.

• Pastoureau M. (2007). *Le petit livre des couleurs*. Paris, éd. Le Seuil, coll. Points.

• Pastoureau M. (2011). *Bestiaire du Moyen Âge*. Paris, éd. Le Seuil.

• Portmann M. (2014). « Le corps des nains dans l'art italien de la renaissance. Histoire des sciences médicales ». *Bulletin de la société française d'histoire de la médecine*. T. XLVIII-N° 1-2014. p31.

• Ripert P. (2010). *Le bestiaire des cathédrales : imagerie de la statuaire médiévale, symbolique des monstres, gargouilles et autres chimères*. Nîmes, éd. de Vecchi.

• Robins G. (1993). *Proportion and Style in Ancient Egyptian Art*, Austin, University of Texas Press.

• Saffioti T (2009). *Gli occhi della follia. Giullari e buffoni di corte nella storia e nell'arte*. Milan, Book Time.

• Solère J-L. (2002). Dictionnaire du Moyen-Âge, cit. *La Genèse au sens littéral*, Œuvres complètes de Saint Augustin ; XII ; 35. Ed. PUF. (deuxième entrée).

• Testart A. (2010). *La déesse et le grain. Trois essais sur les religions néolithiques.* Arles, éd. Errance, Acte Sud.

• Tran Bah Huy P. (2000). « Odorat et histoire sociale ». *Communication et langage*. N° 126.

• Vasari G. (1550) *Le vite de' più eccelenti architetti, pittori, et scultori italiani, da Cimabue, insino a' tempi nostri. Nell'edizione per i tipi Lorenzo Torrentino*. Firenze 1550.

• Vitruve. *De Achitectura*. Livre III. Chap.1. paragraphe 1. Trad. nouvelle par Ch.-L. Maufras. Paris, éd. bilingue C. L. F. Panckoucke, 1847.

Sites internet

• Audran G. (1683). *Les proportions du corps humain mesurées sur les plus belles figures de l'Antiquité*. Paris, chez Girard Audran, Graveur du Roy, rue Saint-Jacques, au deux piliers d'or. 1re éd. 1683, 2e éd. 1785 (Paris, Chereau), puis 1801 et 1855 (http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57385q/f).

• Blanc G. (2005). *Grâce et disgrâce. Étude de l'esthétique du visage dans les œuvre d'Art sur la recherche permanente de l'homme d'un idéal à son visage, de la Préhistoire jusqu'aux images du XXIe siècle*. www.gerardblanc-orthodontiste.com.

• Bonitus T. (1679). *Sepulchretum sive anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis. Genevae : sumptibus*, éd. L. Chouet, 1679 Cote : Académie de médecine 10395bis, exemplaire de l'Académie de Médecine. www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?extacad10395bisx01.

• Cariou M., Jatteau A. (2006). « Le nombre d'or dans l'architecture grecque : mythe ou réalité ? » *Archéologie en chantier*. ENS. /www.archeologiesenchantier.ens.fr/spip.php?article 40.

• Fraser P. *L'obésité au XVIIIe : quand le gros ne bande plus !* http://pierre-fraser.com/2013/11/06/obesite-au-xviiie-siecle-quand-le-gros-ne-bande-plus/.

• Gerdy P.-N. (1827). *Cours d'anatomie appliqué à la peinture et à la sculpture.* Paris, Imprimerie E. Pochard. http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb33330360m.

• Lalanne L. *Manuel d'iconographie chrétienne, grecque et latine..., par Mr Didron et le docteur Paul Durand*., Bibliothèque de l'École des chartes, 1845, vol. 6, n° 1, p. 461-464. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/bec_0373-6237_1845_num_6_1_451902.

• Mégret A. (1892). *Étude sur les canons de Polyclète*. Ed. H. Laurens (Paris) http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb30919329.

• Mekouar M. (2005). « Étudier ou rêver l'antique. Félix Ravaisson et la reproduction de la statuaire antique ». *Images Re-vues* [En ligne], 1 | 2005, document 6, mis en ligne le 1er septembre 2005. URL : http://imagesrevues.revues.org/222.

Littérature générale

Ouvrages et articles

• ALFEDIAM (1998). *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France*.

• ANAES (2003). *Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations professionnelles*.

• Andahazi F. (1999). *L'anatomiste*. Paris, éd. R. Laffont.

• Bardolle O. (2006). *Éloge de la graisse*. Paris, éd. Jean-Claude Gawsewitch.

• Baudelaire (1887). *Journaux intimes, fusées, mon cœur mis à nu*. Paris, éd. G. Crès. (1920).

• Beraud H. (1922). *Le martyre de l'obèse*. Paris, éd. Albin Michel.

• Bergeron H. et al. (2011). « Un entrepreneur privé de politique publique ». *Revue de science politique* 2/2011 (vol. 61), p. 201-230.

• Bes V. *Disgrasse*. Texte non publié.

• Bible de Jérusalem. *Genèse*. Chapitre 2, Chapitre 3, verset 1.

• Bossuet. (1662). *Sermon sur la mort pour le vendredi de la IV^e^ semaine de Carême*. Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, n° 33 (1936).

• Boucher J. (2009). *La grosse*. Paris, coll. « Témoin de vie », éd. Hachette pratique.

• Brillat-Savarin J.-A. (1825). *Physiologie du goût.* Paris, coll. « Champ classique », éd. Flammarion (1982).

• Cellini M. (2015). *Moi, la grosse*. Paris, éd. Presses de la Cité.

• Cluytens L. (2004). *La grosse*. Le Faouët, éd. Liv'éditions.

• Coleridge S. T. (1772-1834). Note tirée de : *Archives pour la psychosomatique/Histoire*. Dernière mise à jour 2010-03-16.

• Cornet P. (2007). *Chair tombale*. Paris, éd. Le cherche Midi.

• Cornet P. *XXelle*. Non publié.

• De la Mare N. (1729). *Traité de la Police, où l'on trouvera l'histoire de son établissement…* Amsterdam, éd. Aux dépens de la Compagnie.

• De Rancourt A. (2007). *Je suis ronde et j'aime ça !* Paris, éd. Chiflet & C^ie^.

• De Saint Amand M-A G. (1630) *Le paresseux. Les œuvres du sieur de Saint-Amant. Augmentées de nouveau.* À Lyon, chez la veuve Jacquemetton, 1643, fol. 46.

• Dériot G. (2005). *Rapport de l'OPEPS n° 8 (2005-2006), fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005*. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 octobre 2005.

• Desarthe A. (2006). *Mangez-moi*. Paris, éd. de l'Olivier.

• Detambel R. (2010). *50 histoires fraîches*. Paris, éd. Gallimard.

• *Dictionnaire historique de la langue française*. Dir. A Rey, éd. Le Robert, 1998.

• Dupond-Monod C. (2011). *Nestor rend les armes*. Paris, éd. Sabine Wespieser.

• HAS (2011). « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». Argumentaire.

• HAS (2011). *Service des bonnes pratiques professionnelles*. Septembre 2011. 1. 878.

• Huxley A. (1931). *Le Meilleur des mondes* (trad. J. Castier), Paris, éd. Pocket, 1977.

• INPES (2002). *La santé vient en mangeant. Le guide alimentaire pour tous.*

• INSERM (octobre 2012). *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Expertise collective*.

• La Sainte Bible, *Le livre de la sagesse,* Texte latin et trad. française : L-Ch Fillion, 1889. Librairie Letouzey et Ané. Paris.

• Langlois E. (1890) *« Le Roman de la Rose est un Art d'amour. Cette littérature galante a dû naître avec le XII^e siècle ». Origines et sources du « Roman de la Rose »* : thèse pour le doctorat, présentée à la Faculté des lettres de Paris. Ed E. Thorin.

• *Le dit du buffet*. Adaptation de l'original en ancien français par J. Vereecque ; tome 3 de Montaiglon p. 201-208 in *Recueil général et complet des fabliaux des XIII^e et XIV^e siècles*. T. 6 / publ. par M.M. Anatole de Montaiglon et Gaston Raynaud. Paris, éd. Librairie des bibliophiles, 1872-1890.

• Le Fourn J.-Y. (2014). « François Rabelais, orfèvre du gros » in *Le poids du corps à l'adolescence* (dir. Birraux A., Lauru D.). Paris, éd. Albin Michel.

• Lesne E. (1998). *Papa, Maman, on m'a traité de gros*. Paris, éd. Albin Michel.

• Marivaux. (1735). *Le paysan parvenu*. Paris, éd. Garnier-Flammarion (2010).

• Molière. *Le Malade imaginaire*, acte II, scène V.

• Pennac D. (2012). *Journal d'un corps*. Paris, éd. Gallimard.

• Pujol F. (2011). *Je mange et je suis bien.* Paris, coll. « Psychoguides », PUF.

• Reverzy J. (1954). *Place des angoisses*. Paris, Textes/Flammarion (1977).

• Saul J. (1993). *Les Bâtards de Voltaire*. Ed Payot.

• Sollers P. (2006). « L'Enfer c'est la morale ». *Le Magazine littéraire*. 26 sept. 2006.

• Yoshimura A. (2002). *La jeune fille suppliciée sur une étagère*. Arles, éd. Actes Sud.

Sites internet

• *Benefits: too fat to work*. Channel 5. (Trop gros pour travailler, ils vivent des allocs). Le 18 février 2015. http://television.telerama.fr/television/les-obeses-stigmatises-par-un-documentaire-au-royaume-uni,123029.php.

• Benkemoun S (2005). « Obésité et vie affective », 4^e journées « Rondeurs et bien-être » - 17-19 juin 2005, Brides-les-Bains. www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=%22Obésité+et+vie+affective%22%2C+4+èmes+journées+%22Rondeurs+et+bien-être%22+.

• Catulle. *Carmina*. XXXIX. http://bcs.fltr.ucl.ac.be/CAT/Cat1-60.html#XXXIX.

• Detambel R. *Pour une vieillesse perfectionniste*. www.detambel.com/f/index.php?sp=liv&livre_id=208.

• Martin A. (2009). *Rapport, pour le ministre de la Santé, sur la formation à la nutrition des professionnels*. www.sante.gouv.fr/rapport-du-professeur-ambroise-martin-mission-la-formation-a-la-nutrition-des-professionnels.html.

ANNEXES

1

Tableaux des entretiens, détails du matériau de recherche

Entretiens patients

70 entretiens (C. Baskan : 20 - M. Drémont : 20 - V. Bes : 28 - P. Cornet : 2)

Tableau des entretiens patients (enquêtrice : C. Baskan)

Sexe	*Âge*	*Profession*	*Poids (kg)*	*IMC*
F1	64	Retraitée - Ex sténodactylo	120	45,7
F2	64	Retraitée - Femme de ménage école	84	35
H1	56	Handicapé 80 % - Bâtiment	138	51,9
H2	65	Retraité - Opérateur scanner	89	32
F3	70	Retraitée - Assistante direction	77	32
F4	43	Chômage - Assistante commerciale	116	43,7
F5	42	Fonctionnaire - A travaillé dans une cantine scolaire	138	56
H3	40	Chargé d'affaire - Protection incendie	100	35,9
H4	53	Expert en cuir exotique (luxe)	170	52,5
F6	47	Documentaliste	110	35
F7	58	Aide-soignante	98	34
F8	55	Fonctionnaire France Telecom	110	40,4
H5	63	Retraité - Haut fonctionnaire de l'enseignement supérieur	148	50
F8	30	Orthophoniste	67	30
F9	52	Employée de banque	90	33
F10	62	Retraitée - Auxiliaire de vie	116	45,3
F11	59	Assistante maternelle, ex prép. pharma.	70	31,1
H6	30	Juriste, responsable financier	98	33,1
F12	35	Psychologue clinicienne	89	30,8
F13	50	Superviseur PMU	128	46,5

Tableau film consultations : histoires pondérales (enquêteur : P Cornet)

Sexe	*Âge*	*Profession*	*Poids (kg)*	*IMC*
H7	44	Dir. société	105	35
F14	32	Employée	110	41

Tableau des entretiens-témoignage : « Disgrasse » (enquêtrice : V. Bes)

Sexe	*Prénom*
F15	Suzanne
F16	Edith
H 8	Emile
F17	Ornella
F18	Sarah
F19	Estelle
F20	Aline
F21	Samira
F22	Marie
F23	Judith
F24	Eliane
F25	Cathy
F26	Martha
F27	Adeline

Sexe	*Prénom*
F28	Sophie
F29	Léa
F30	Olivia
F31	Hélène
F32	Claire
F33	Claude
F34	Julie
F35	Pauline
F36	Michèle
F37	Louise
F38	Fabienne
F39	Liliana
F40	Corinne
F41	Clara

Tableau des entretiens patients (enquêtrice : M. Drémont)

Sexe	*Âge*	*Activité*	*Poids (kg)*	*IMC*
F1 F42	39	Invalidité	138/78 (chirurgie)	53/30,1
F2 F43	67	Retraitée (formatrice)	85	30,14
F3 F44	82	Retraité (ouvrière agricole, usine)	65	26,7 (surpoids modéré)
F4 F45	26	chômage (Secrétaire)	73	30,04
F5 F46	52	Nourrice	108	39,7
H1 H9	67	Peintre en bâtiment	149,6 (max. 175)	49,5
H2 H10	75	Retraité (serveur brasserie)	101	31
F7 F47	62	Employée banque	79	28,7 (surpoids)
F8 F48	19	Lycéenne	85	37,7
F9 F49	47	Technicienne surface	88	35,7
H3 M11	70	Retraité (fonctionnaire finances)	101	34,23
F10 F50	41	Coiffeuse	79	28 (surpoids)
H4 H12	57	Secrétaire DRH	103	29
F11 F51	58	Gardienne immeuble	70/98	27,3 (surpoids) 32 (avant régime)
F12 F52	38	Sans profession	77	32,5
F13 F53	52	Cadre social	80,5	29,2 (surpoids)
F14 F54	59	Gérante magasin de mode	77	27 (surpoids)
H5 H13	68	Retraité (imprimeur)	121g	41,4
H6 H14	21	Étudiant comptabilité	124	38,27
H7 H15	60	Peintre bâtiment	104	33,9

Entretiens médecins

Entretiens et Photolangage : 67 médecins et étudiants de troisième cycle (39 médecins et 28 étudiants)

Enquêteurs :

R. Soum (entretiens) : 16 médecins

M. Drémont (entretiens) : 20 médecins

P. Cornet (Photolangage) : 22 étudiants en médecine (DES de médecine générale) + 2 médecins

N. Hommey (Photolangage) : 6 étudiants en médecine (DES de médecine générale) + 1 médecin

Tableau des entretiens médecins

Sexe	*Âge*	*Expérience prof.*	*IMC*
(Enquêtrice : R. Soum)			
MH1	62	32 ans	< 30
MH2	64	35 ans	26
MH3	40	12 ans	Mince
MH4	61	33 ans	29
MF1	57	28 ans	21
MF2	56	27 ans	27/28
MF3	54	18 ans	28/28
MH5	63	33 ans	27,8
MH6	67	34 ans	28
MH7	38	7 ans	23/25
MH8	30	Remplaçant	25
MF4	48	20 ans	22
MH9	43	6 mois	27
MH10	57	25 ans	25
MH11	38	10 ans	Mince (ancien obèse)
MF5	63	35 ans	Ne connaît pas
(Enquêtrice : M. Drémont)			
MF6	57	32 ans	24
MH12	65	40 ans	26,6
MH13	82	55 ans	29,4
MH14	39	3 ans	25,5
MH15	63	35 ans	22
MH16	58	32 ans	21
MH17	66	34 ans	23, 2
MF7	55	16 ans	19,1
MF8	33	2,5 ans	19,8
MH18	70	32 ans	23,1
MH19	55	12 ans	21,1
MH20	37	4 ans	21,7
MH21	56	9 ans	29
MH22	49	19 ans	25,3
MH23	50	16 ans	29,3

Sexe	*Âge*	*Expérience prof.*	*IMC*
MH24	51	18 ans	24,3
MH25	61	30 ans	26,23
MF9	47	10 ans	20,8
MF10 (MF5)	55	25 ans	23,8
MF11	56	28 ans	20,2

Liste des étudiants et médecins ayant participé au Photolangage

Premier groupe (animateur : P Cornet)
Karline
Pascaline
Emilie 1
Amélie
Marine
Clémentine
Rafik
Eric
Ghislaine (médecin)
Antoine (médecin)

Deuxième groupe (animateur : P Cornet)
Antonin
Anne-Charlotte
François
Gaëlle
Maëlle
Marie
Emilie 2
Eléonore
Aurélie
Elodie
Jean
Fanny 1
Leslie
Magali

Troisième groupe (animateur : N Hommey)
Angèle
Caroline
Victoire
Juliette
Fanny 2
Félicité
Christelle
André (médecin)

2
Guides d'entretien

Guide pour les médecins n° 1

Première partie (centrée sur l'obésité, la prise en charge)

Q1- Comment appréhendez-vous l'obésité ?

Q2- Si l'obésité était une couleur qu'elle serait-elle ?

Q3- Pourquoi ce choix ?

Q4- Quel type de prise en charge proposez-vous dans l'obésité ?

Q5- Quelles dispositions spécifiques avez-vous prise pour votre cabinet pour ce type de patient ? *(donner un exemple : une balance > 120kg)*

Q6- Quel discours tenez-vous à ces patients

Q7- Avez-vous des choses à ajouter à propos de l'obésité ?

Seconde partie

Q8- Quel est votre rapport à un corps gros ?

Q9- Votre relation à un patient obèse en est-elle affectée?

Q10- Quel est votre ressenti par rapport aux patients obèses ?

Q11- À votre avis, comment ces personnes en arrivent à cette situation ?

Q12- Les psychanalystes disent que la séduction est un des éléments de la relation thérapeutique, qu'en est-il avec les personnes obèses ?

Si le contexte s'y prête, selon la réponse du médecin :

Q12 *bis*-Et pour vous de façon plus personnelle ?

Q13- Avez-vous des choses à ajouter à propos des patients obèses?

Guide pour les médecins n° 2

1. Définitions de l'obésité

– IMC, examen clinique (tour de taille, carnet alimentaire)

– Quels mots utilisent-ils ?

– Quels sont les mots qu'ils associent à l'obésité ?

– Quelles sont les idées qu'ils associent à la nourriture ou à l'alimentation ?

– La considèrent-ils comme une maladie ?

2. Quelles sont les causes de l'obésité selon eux ?

– Le patient ? Le surplus d'apports alimentaires, le manque d'activité physique ? causes organiques ?

3. Quelle est leur prise en charge de l'obésité ?

– Annoncent-ils le diagnostic ? Comment ?

– Que pensent-ils des règles hygiéno-diététiques ? des régimes ? des médicaments ? de la chirurgie ?

– Adressent-ils à un autre professionnel de santé ?

– Se sentent-ils utiles, efficaces?

4. Font-ils de la prévention ? (devant une personne en surpoids et pas obèse, par exemple)

– Stigmatisation ? Conseils ? Qui abordent le sujet en premier (médecin ou patient)?

– Ressenti par rapport à ces actions ?

– Font-ils une différence entre régime et équilibre alimentaire ?

5. Quelles sont les conséquences et les complications de l'obésité?

– Les recherchent-ils ?

6. Quels résultats ont-ils dans leur pratique ?

– Pourquoi ?

– En sont-ils satisfaits ?

– Que font-ils en cas de rechute ?

– Quelles sont leurs espérances vis-à vis de leur prise en charge ?

7. Quel est ou quel doit être le rôle du médecin ? celui du patient ?

8. Quel est le rôle des médias et de la société de façon plus générale si ils ou elle en ont un et leur conséquences sur les prises alimentaires ?

(Influence ? difficultés à convaincre certains patients ? info, PNNS)

Questions fermées :

– Âge, poids, taille, sexe
– Lieu d'exercice
– Sources de FMC
– Diplômes complémentaires
– Année de thèse
– Antécédents de surpoids, obésité, régimes personnels
– Antécédents familiaux/proches de surpoids ou obésité
– Activité physique ?
– Tabac, addictions ?
– FdR CV ou atcd de maladie cardiovasculaire

Guide d'entretien patients n° 1

Présentation de l'objectif et des modalités de l'entretien (1h30)

Éléments anthropométriques :

– Âge, sexe

– Poids, taille

Situation professionnelle ou sociale

– CSP ?

Comment vivez-vous votre excès de poids ?

Relances :

Regard des autres ?

Regard sur soi, sur votre corps et sur vous-même en temps que personne ?

Votre histoire de poids (familiale [conflit de loyauté], personnelle, professionnelle, loisirs)

Votre attitude à l'égard de votre obésité ? Votre rapport aux autres ?

Votre rapport à la vie (humeur, activités physiques)

Retentissement sur la vie professionnelle (discrimination à l'embauche, promotion)

Lutte, entreprise, comportement social

Votre rapport au corps : habillement, parure, apparence (séduction)

Aujourd'hui, quelle est votre relation avec la nourriture ? (comportements alimentaires, compensation, grignotage, raconter une journée)

Quel est votre rapport avec les techniques chirurgicales ou esthétiques ?

Notes techniques pour l'enquêtrice

A la fin de cette partie généraliste : poser la question : « Avez-vous des choses à ajouter sur ce qui vient d'être dit ?

Si oui continuer, sinon passer à : « Maintenant j'aimerais que nous abordions les situations que vous rencontrez avec les médecins »

Comment se passent les relations avec vos médecins ?

– Faire apparaître des différences entre MG et spécialistes d'organes

– Orienter l'entretien si nécessaire entre : comment cela se passe avec votre médecin traitant ? Comment cela se passe avec les autres médecins (appeler des exemples)

– La perception d'être écouté et compris

– Attitude de jovialité ou de retenue face au médecin

Depuis combien de temps la personne connaît son médecin ?

– Perception de l'attitude du médecin en miroir

(Sollicitations de séduction de la part du médecin)

Certains médecins ont des attitudes de séduction vis-à-vis de patient(e)s, avez-vous rencontré une telle situation ?

Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

Sinon, avez-vous un commentaire ?

– D'être accepté tel qu'elle est (la personne obèse) ou perception d'un sentiment de rejet (stigmatisation)

Avez-vous rencontré des situations où votre poids a été difficulté dans la relation médicale ?

Le regard des autres et regard du médecin sont-ils différents ?

– La gêne à se déshabiller

– La pesée (refusée, redoutée, ne pas le savoir)

Le médecin a-t-il un équipement adapté (chaise, fauteuil, brassard, balance) ?

Perception du discours sur l'alimentation (régime, privation)

Regard des médecins ?

Quel lien faites-vous entre obésité et maladie ?

Guide d'entretien patients n° 2

1. Définition

– Se considèrent-ils comme obèses ou non ?

– Maladie ou pas ? Est-ce que ça se guérit ou non ?

– Différence entre régime et équilibre alimentaire ?

– Mots associés à obésité ?

– Pourquoi mangent-ils ? (compensation, frustration, aliments doudou, se donner du courage, pour tenir...)

– Quelle image ont-ils des personnes obèses ?

2. Causes de leur obésité

– Eux ? Problèmes psychologiques ? Société ? Organique ?

– Comment ça a commencé ?

3. Habitudes alimentaires

– Place de l'éducation ? Dictons ? Bonnes manières ? Rituels des repas ?

4. Comment vivent-ils leur poids ?

– Gêne dans la vie quotidienne ? Qualité de vie ? Dans leur vie professionnelle ? Le regard des autres ?

5. Quelles sont les complications de l'obésité

– Que savent-ils de cette maladie ? Quelles sont leurs idées reçues ?

6. Qu'ont-ils déjà essayé comme régimes et autres prise en charge ?

– Efficacité ? Que voudraient-ils essayer à l'avenir ?

7. Rôle du médecin ?

– Est-ce eux ou le médecin qui a abordé le sujet en premier ?

– Qu'attendent-ils de lui ?

– Ont-ils été satisfaits de la PEC qu'ils ont eue ?

8. Quel rôle ont les medias et la société selon eux ?

– Incitation ? Messages ?

Questions fermées :

– Âge, poids, taille, sexe
– Profession
– Niveau d'études
– Activité physique
– Tabac et addictions
– Antécédents d'obésité ou de régimes

TABLE DES MATIÈRES

Page

Avant-propos 7

Introduction 11
A. Choix de l'objet de recherche 12
B. Construction du sujet de recherche 13
C. L'obésité comme maladie 14
D. L'obésité comme maladie sociale 16
E. Un corps idéal 17
F. Les représentations 18
1. Des représentation mentales aux représentations sociales 18
2. Représentations sociales et obésité 23
G. Stigmate et stigmatisation de l'obésité 26
H. Hypothèses et méthodologie 29
1. Hypothèses 29
2. Méthodologie 30
a) Les guides d'entretien 32
b) Le Photolangage 33
c) Les vidéos 34
I. Choix sémantique et étymologie 34
J. Plan 35

Partie I

Corps idéal, corps pléthorique : la double rupture 37

Chapitre 1

Histoire du corps : approche d'un « canon » esthétique à travers la statuaire 38
A. Construction du concept de « canon » esthétique 38
B. Statuettes de la Préhistoire. La statue stéatopyge et les autres 40
C. Les Étrusques : dieux filiformes et hommes obèses 43
D. L'Égypte ancienne. Les rondeurs du dieu Nepri. La mise au carreau 44
E. La Crète et l'art minoen. « L'adorant gras » 46
F. La Grèce antique : le canon esthétique, la mathématique et les rapports de proportionnalité 48
G. La Rome antique : consolidation du classicisme grec 52
H. Le Moyen Âge. Le modèle pseudo-varronien. La reproduction iconographique : recette d'atelier 53
I. La Renaissance. L'Homme au centre du monde 56
J. Le XVII^{e} siècle. L'analyse des proportions de l'Antique 61
K. Le XIX^{e} siècle entre science et esthétique 62

L. Époque contemporaine. Déconstruction, disparition, les alignements du corps 66
M. La représentation des corps hors-norme ou l'anti-modèle 70
N. L'idéal du corps, le chemin vers un pouvoir esthétique. La fusion entre norme et beauté 76

Chapitre 2
Les concepts en œuvre 79
A. De la pléthore à l'obésité maladie 79
1. L'embonpoint : approche des formes sans la pesée 81
2. De l'usage de l'IMC 86
3. Du poids et de la mesure 88
a) La balance et la pesée 88
b) Les sujets en obésité à l'épreuve de la balance 90
4. Conséquences médicales de l'obésité 90
B. Épidémiologie et enjeux des politiques publiques 91
1. Les chiffres qui inquiètent 91
2. Les modèles 93
a) Le modèle de transition démographique 93
b) Le modèle de transition nutritionnelle 95
3. Obésité : enjeu des politiques et de santé publique 96
a) La montée à l'agenda politique 96
b) L'émergence d'une classe de médecins : les nutritionnistes 99
c) Politique en direction du public 99
– Les programmes de lutte contre l'obésité et d'éducation à la santé nutritionnelle 100
– Les institutions publiques 103
d) Politique en direction des professionnels 104
– Les filières de soins 104
– Les recommandations de bonnes pratiques 105
4. L'obésité comme dispositif 107

Chapitre 3
De quatre représentations du corps 112
A. Le corps-objet et le corps-chose 115
1. De l'influence des anatomistes sur la représentation du corps 115
2. Médecins et artistes : un intérêt commun pour la corporéité 121
3. De la dissection des corps obèses 124
4. Place de la dissection dans le cursus médical 126
5. Le philosophe au secours du médecin 127

B. Corps imaginaire et image du corps 130
1. Construction du schéma corporel 130
2. Psychanalyse et construction du schéma corporel 138
3. Normes corporelles et corps idéal 140
4. Psychanalyse et construction de l'image du corps 141
5. Esthétique et corps idéal : la norme et l'énorme 144
C. Le corps utopique : une approche topologique 146
D. Le corps symbolique 150
1. Le corps comme construction sociale 151
a) Dans la clinique du médecin 151
b) Apport de la psychanalyse 153
c) Les matériaux de construction du corps comme produit social 154
2. Manger, un besoin subverti par le psychisme et le symbolique 157
a) Construction des goûts alimentaires chez l'enfant 158
b) Faire « son corps » à la mesure de son expérience sociale 161

Partie II
Les représentations sociales du corps obèse à l'œuvre dans la clinique médicale 165

Chapitre 1
L'obésité comme maladie 166
A. Vivre l'obésité : entre imaginaire et réalité 166
B. Les médecins et la maladie obésité 171

Chapitre 2
L'obésité et les modèles anthropologiques 174
A. Le modèle exogène/endogène 175
1. Le modèle exogène : ambivalence des discours 176
a) « L'obèse », victime de la toxicomanie alimentaire ou coupable de ses pulsions 177
b) « L'obèse », victime des aliments maléfiques ou coupable d'y céder 179
– La lutte contre le danger 181
– Les croyances autour des aliments 183
c) « L'obèse », victime des médicaments 185
d) « L'obèse », victime des avatars de vie 185
2. Le modèle endogène : ambivalence des représentations 186
a) « L'obèse », la dépression, le stress, la névrose d'angoisse. Le rôle des fonctions psychiques 187
b) L'obésité et la génétique. Endogénèse d'une maladie. Le poids de la fatalité 192

B. Le modèle additif/soustractif 194
1. Le modèle soustractif : l'absence d'éducation nutritionnelle 194
2. Le modèle additif 198
a) La pulsion orale 198
b) Un excès d'aliments maléfiques 200
C. Du côté de la thérapeutique 200

Chapitre 3
Les patients : l'obésité et le médecin 203
A. Entre image et imaginaire, une construction identitaire 203
1. Le regard sur soi 203
a) À l'épreuve du miroir : l'impossible confrontation 203
b) Regard sur soi et autodérision 207
c) La grossesse : une expérience singulière en obésité 208
2. Le regard des proches 209
3. Le regard des autres 212
4. Les patients et le regard des médecins sur leur corps 214
5. Le regard social : une confrontation à la norme 215
6. Le regard après une chirurgie bariatrique 218
B. Les comportements d'adaptation 220
1. Les stratégies défensives et offensives 220
a) Le bouclier de l'indifférence 220
b) L'affûtage des armes et l'agression 221
c) Le porte-parole et la défense de la cause 221
d) L'adhésion surjouée du stéréotype 223
2. La question du vestimentaire ou la confiscation du modèle 223
3. Le corps obèse et le désir 226
a) Les confins du poids et de l'âge 226
b) L'obésité : stigmate corporel face à la norme 227

Chapitre 4
Le médecin : « l'obèse » et sa maladie 229
A. Les médecins et l'obésité 229
1. Images et attitudes 229
a) Dessine-moi l'obésité : de quelle couleur serait-elle ? 229
b) Du découragement à l'échec 231
2. Les attentes réciproques 234
a) Les médecins et les attentes supposées des patients obèses 234
b) L'écoute 235
c) Conseils, suivi et solution miracle 237

B. Le regard des médecins 238
1. Intérêt ou désintérêt 238
2. Apparence, esthétique, rapport au corps obèse 242
C. Des mots pour le dire 244
1. Qualités morales et intellectuelles : l'impossible cohabitation 244
2. L'obésité au jeu des trois mots 247
3. La discrimination homme/femme 248
D. Corps désirable, corps indésirable 250
1. Corps obèse et séduction 251
2. Corps obèse : objet de dégoût 253
3. Les médecins et le toucher des corps gros 256
a) La difficulté technique 257
b) Le ressenti 258
4. Représentations des médecins quant à la sexualité des patients en obésité 259
E. Le regard des internes en médecine générale 260
1. Le Photolangage : approche des représentations 260
a) Les « gros » sont « des grosses » 260
b) Le choix des photographies par les étudiants 261
2. Les grignoteuses 264
3. Le déni, la faute : coupable ou victime ? 265
4. « L'obèse », victime avec ou sans consentement 267
5. La souffrance : une clé de compréhension du patient et de son obésité 269
a) Le traumatisme ou la dépression 269
b) La solitude du patient en obésité 270
c) Un appel à l'aide 271
F. Les défis de la prise en charge 271
1. Le ressenti de l'ampleur de la tâche 271
2. Les solutions envisagées 273
a) La réponse technique 274
b) La réponse par le soutien psychologique 274
c) Le désir de venir en aide 275
G. Vie sociale et vie personnelle en obésité 279
1. La vie sociale 279
2. La vie personnelle et intime 280
3. Un point de vue original 283
4. L'obésité chez les enfants 283
H. Que retenir ? 284

Conclusion 287
A. Construction d'un canon esthétique 288
B. L'obésité comme « dispositif » 289
C. L'image du corps et la question du paraître 290
D. L'obésité comme maladie, deux imaginaires différents 291
E. Gros et grossier 292
F. Obésité et pauvreté : classer, déclasser 293
G. Perspectives pédagogiques 293
H. L'idéal du corps, le désir de minceur, et le signifiant maître 294
I. Les médecins et les représentations sociales de l'obésité 295

Bibliographie 296

Annexes 314
Tableaux des entretiens, détails du matériau de recherche 315
Entretiens patients 315
Entretiens médecins 317
Guides d'entretien 317
Guide pour les médecins n° 1 319
Guide pour les médecins n° 2 319
Guide d'entretien patients n° 1 321
Guide d'entretien patients n° 2 322