Université Sorbonne Paris Cité

Thèse de doctorat

de l'Université Sorbonne Paris Cité

Préparée à l'Université Paris Diderot – Paris 7

École doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie (ED 450)

Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (EA 3522)

Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien

Présentée et soutenue publiquement à Paris, le 16 mai 2018

Par Lucas Bloc

Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie

Sous la direction de

Pr. Mareike Wolf-Fédida

Président du jury : Pachoud, Bernard / Professeur/ Université Paris Diderot – Paris 7
Rapporteur : Naudin, Jean / Professeur / Université de la Méditerrannée
Rapporteuse : Moreira, Virginia / Professeure / Université de Fortaleza - UNIFOR
Directrice de thèse : Wolf-Fédida, Mareike / Professeure / Université Paris Diderot – Paris 7
Membre invitée : Legrand, Dorothée / Chercheuse CNRS, Archives-Husserl – Pays Germaniques, École Normale Supérieure.

À Niely et Benjamin,
Mes amours, ma famille…

Remerciements

Les mots dont je dispose me paraissent très insuffisants pour exprimer mon sentiment de gratitude à tous ceux qui ont fait partie de ce parcours qui m'a conduit à la soutenance de cette thèse.

À mes parents, Georges et Wanise, pour leur soutien indéfectible et pour l'appui sur lequel j'ai pu compter dans tous les moments de ma vie. À Marcelo, Kathiane, João, Luiza, André, Daniel, Jansen, Aline et Alice, pour l'appui inconditionnel et pour les rencontres chaleureuses en France et au Brésil pendant cette période.

Aux amis Jayme Mathias, Isabel Mayara, Barbara Postal et Marianna pour l'« équipe » qu'on a formé pendant ces deux dernières années. Nos rencontres à Paris, Vanves et Bagnolet ont permis que ce chemin soit moins solitaire.

Aux amis Igor, Laurene, Renata, Pablo Leurquin, Bella, Amine, Osmar, Nicole, Bruno, Stefânia, Rogério, Eva, Marcelo, Viviane, Zé e Joana. Nos rencontres à Paris resterons dans ma mémoire comme un chapitre fondamental de cette belle histoire et dans le désir de vous (re)voir.

À mon amie Juniana Ramalho, pour servir d'inspiration dans les moments difficiles.

Aux amies Juliana Pita et Thabata Telles, pour l'amitié depuis le cours de Psychologie, pendant le master et maintenant pendant le doctorat. Nos chemins continueront à se croiser entre le Brésil et la France.

Aux amis Andrea Varela et Manoel Madeira, pour leur soutien dans le moment le plus difficile et pour la vraie amitié qu'ils m'ont témoignée.

Aux amis Rafael Basso et Pablo Araújo, pour les rencontres fécondes, les discussions interminables, les photos partagées et le plaisir que nous a apporté, et nous apporte, le fait d'être ensemble.

À la famille Bloc de France, et tout particulièrement à Catherine, Suzette et Sébastien, pour leur accueil à Paris et pour m'avoir fait sentir que mes racines sont en partie sur cette terre de France.

Au Pr. Mareike Wolf-Fédida, ma directrice de thèse, pour son accueil et la confiance qu'elle m'a manifestée depuis le début de mon arrivée en France ainsi que pour son soutien dans les moments de doute. Votre générosité et votre enthousiasme communicatif m'a permis d'aller jusqu'au bout de ce travail et d'atteindre le but envisagé.

À toute notre équipe de recherche internationale en « Phénoménologie, Psychanalyse et Psychopathologie Fondamentale », pour les échanges constants et pour les contributions nombreuses au niveau de ma recherche.

Au Pr. Virginia Moreira, pour m'avoir encouragé à choisir ce chemin qui me paraissait difficile de Doctorat et pour avoir été à l'origine de l'inspiration en phénoménologie clinique pour mes recherches. Nos échanges ont beaucoup contribué à la composition de ce travail. Je vous remercie aussi d'avoir accepté de juger le résultat : c'est un grand honneur pour moi.

Au Pr. Jean Naudin, pour sa disponibilité à mon égard et pour avoir accepté d'être rapporteur de ma thèse. Vos travaux sur la clinique et la phénoménologique ont été d'un grand intérêt pour moi et source d'inspiration pour le suivi de mes études.

Je remercie le Pr. Bernard Pachoud d'avoir accepté d'être Président du jury de ma thèse et pour l'attention qu'il a bien voulu porter à ce travail.

À Dorothée Legrand pour avoir accepté d'être membre du jury et aussi pour l'intérêt qu'elle a su me faire partager sur les troubles alimentaires pendant mon apprentissage d'une durée de trois ans grâce à l'enseignement par ses séminaires et grâce à la lecture de ses travaux.

À Jeanne Tatossian pour l'amitié spontanée qu'elle m'a prodiguée, pour sa disponibilité et la générosité manifestée tout au long de l'élaboration de ma thèse et aussi pour avoir su me montrer que le désir d'en savoir toujours associé à la rigueur permet de surmonter toutes les barrières. Je vous remercie pour la relecture de ce texte et pour m'avoir conduit, comme vous diriez, vers le « vrai français ».

Mes remerciements vont aussi :

Au Service de Médecine de l'Obésité de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, et tout spécialement à Mélissa Hadoux et Emmanuelle Chevalier, pour l'accueil dans le Service et pour avoir rendu possible les entretiens cliniques en France.

Au PRONUTRA (NAMI/UNIFOR), et en particulier à Raquel Barsi, pour les échanges et pour avoir rendu possible le contact avec les patients.

Au CETRATA (HUWC/UFC), et particulièrement à Joseline Alves et au Dr. Fabio Gomes de Matos e Souza, pour leur appui pendant la recherche et pour les échanges autour de mon sujet de recherche.

À tous les sujets-collaborateurs de Paris et de Fortaleza, pour leur consentement à partager leur histoire, leurs expériences vécues. Sans vous ce travail n'aurait aucun sens.

À CAPES, pour le financement de mon doctorat et pour me faire espérer le développement scientifique de mon pays.

À UNIFOR, pour m'avoir orienté vers la connaissance scientifique et pour le soutien apporté pendant ces années de thèse.

À toute l'équipe de l'APHETO, et spécialement aux amies Karynne, Rosa, Márcia, Camila et Liliane, pour le savoir partagé poussé par les affects qui édifient nos relations de travail et favorisent nos recherches.

À l'Université Paris Diderot – Paris 7, l'École doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie et Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société, pour m'avoir présenté un nouvel horizon de recherche et pour m'avoir fourni toutes les conditions nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Muito obrigado.

Université Sorbonne
Paris Cité

Thèse de doctorat

de l'Université Sorbonne Paris Cité

Préparée à l'Université Paris Diderot – Paris 7

École doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie (ED 450)

Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (EA 3522)

Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien

Présentée et soutenue publiquement à Paris, le 16 mai 2018

Par Lucas Bloc

Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie

Sous la direction de

Pr. Mareike Wolf-Fédida

Président du jury : Pachoud, Bernard / Professeur/ Université Paris Diderot – Paris 7
Rapporteur : Naudin, Jean / Professeur / Université de la Méditerrannée
Rapporteuse : Moreira, Virginia / Professeure / Université de Fortaleza - UNIFOR
Directrice de thèse : Wolf-Fédida, Mareike / Professeure / Université Paris Diderot – Paris 7
Membre invitée : Legrand, Dorothée / Chercheuse CNRS, Archives-Husserl – Pays Germaniques, École Normale Supérieure.

Titre : Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : une étude dans les contextes français et brésilien

Résumé : L'acte de manger est toujours présent dans notre mode d'être-au-monde, traduisant un mode d'existence et un mode de relation avec le corps propre, avec les autres et avec le monde. L'hyperphagie nous renvoie à une expérience vécue par un sujet qui *ne peut pas ne pas manger*, qui place souvent l'acte de manger au centre de sa vie et qui exprime un mode psychopathologique à travers la prise alimentaire. Dès lors que l'hyperphagie est devenue un trouble alimentaire reconnu, classifié et de plus en plus étudié, elle s'est présentée comme un « nouvel » élément, souvent associé à la problématique de l'obésité. Cette thèse a pour but de proposer une approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Notre parcours de recherche est divisé en quatre parties. Dans la première partie, nous présentons l'historique du corps et du discours psychiatrique autour des troubles alimentaires et de l'obésité, tout en identifiant la manière dont cette histoire et ces discours peuvent marquer l'expérience hyperphagique dans l'obésité. La deuxième partie est consacrée à la phénoménologie de Merleau-Ponty en tant que point de vue fécond pour la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité. Nous faisons un parcours qui démarre avec sa phénoménologie du corps, passe par sa notion de schéma corporel comme voie d'organisation de ce mode d'être corps et finit par son concept de chair. En s'approchant d'une phénoménologie clinique, nous discutons, dans la troisième partie, les contributions de Ludwig Binswanger et d'Arthur Tatossian pour le dévoilement de l'expérience hyperphagique dans l'obésité et nous présentons l'état de l'art actuel des publications phénoménologiques contemporaines sur les troubles alimentaires et sur l'obésité. En utilisant la méthode phénoménologique critique de recherche, nous présentons, dans la quatrième partie, les résultats des entretiens cliniques réalisés dans le contextes français (à Paris) et brésilien (à Fortaleza). Vingt sujets ont été interviewés dans les services de santé publique de chaque pays afin d'avoir un référentiel clinique plus direct, de pouvoir comprendre leur expérience hyperphagique et leur mode d'être obèse puis de comparer les nuances et les sens des spécificités de chaque contexte. Cette approche phénoménologique se constitue dans l'intersection entre la théorie, présentée dans les trois premières parties, et la pratique, mise en évidence à partir du contact clinique avec les patients. Parmi les résultats, nous retenons d'abord l'objectification du corps qui marque les modes de le vivre, produit de la souffrance et traverse la composition des troubles alimentaires et de l'obésité. Nous avons observé une désappropriation du corps souvent vécue dans l'expérience hyperphagique dans l'obésité. D'un côté, l'expérience hyperphagique dénote l'incapacité de ressentir les sentiments corporels et de pouvoir contrôler les actes alimentaires dans un bouleversement du mode d'éprouver le corps, tout en signalant l'« hyper » centralité de l'acte de manger. De l'autre côté, l'obésité signale l'expérience d'un sujet qui est souvent réduit à sa condition corporelle et porte une souffrance liée aux limitations physiques, à la visibilité de ce corps hors norme, aux jugements et à la pression des autres pour ne plus avoir ce corps. Ces deux expériences, recherchées ensemble, n'ont pas de frontières rigides et révèlent un sujet souvent perdu dans son mode d'être et d'avoir un corps. Nous concluons que le travail clinique passe par la réappropriation de ce corps par le sujet et par la récupération de sa condition de sujet qui peut ressentir, choisir, souffrir et aussi (ne pas) manger.

Mots-clés : hyperphagie, obésité, psychopathologie, phénoménologie.

Title: Phenomenological approach of hyperphagic experience in obesity: a study in French and Brazilian contexts.

Abstract: The act of eating is present in our ways of being in the world and also translates our relationships with existence, with our own bodies, with other people's bodies and with the world. The concept of Hyperphagia brings to our notice the experience of an individual that is incapable of not eating, and who very often elevates the act of eating to central position in life, which presents a psychopathology by means food ingestion. Once hyperphagia became officially recognized as an eating disorder along with due classification and increasing interest as an object of investigation, a "fresh" element was presented and turned out to be rather frequently associated with the obesity problem. The objective of this thesis is to propose a phenomenological approach of hyperphagic experience in obesity. Our research procedure is divided into four parts. In the first part, we introduce the history of the body and of the psychiatric discourse upon eating disorders and obesity while identifying the means by which such history and discourses might influence the hyperphagic experience in obesity. The second part is dedicated to Merleau-Ponty's phenomenology as a fruitful point of view for understanding eating disorders and obesity. The route we have followed starts with his phenomenology of the body, and then goes through his concept of body scheme as a means of organization of this bodily way of being, and finally reaches his concept of flesh. In close proximity to clinical phenomenology, we have discussed, in the third part, the contributions of Ludwig Binswanger and Arthur Tatossian towards unveiling the hyperphagic experience in obesity and presented the current state of the art in contemporary phenomenological publications on the theme of eating disorders and obesity. Employing the critical phenomenological method of research, we present, in the fourth part, the results of clinical interviews realized in the French (in Paris) and Brazilian (in Fortaleza) context. Twenty individuals were interviewed at centers of public health care in each country in order to have a more direct clinical reference, and also in order to understand the hyperphagic experience and the obese way of being and then compare nuances and specificity meanings in each context. This phenomenological approach is constituted by the intersection of theory, presented in the first three parts, and practice, highlighted by the clinical contact with patients. Among results, we initially highlight the objectification of the body that defines this body's ways of living, produces suffering and permeates the composition of eating disorders and obesity. We have observed an expropriation of the body that is frequently experienced in the hyperphagic experience in obesity. On the one hand, the hyperphagic experience denotes an incapacity to feel bodily feelings and to control eating habits in a strong alteration in the ways of experiencing the body, hinting at a hyper centrality in the act of eating. On the other hand, obesity reflects the experience of an individual that is quite often reduced to his bodily condition and bears much suffering connected to physical limitations, to the visibility of such overweight body, and to other people's judgementalism and pressure into no longer having that obese body. These two experiences, when researched together, do not present clearly defined borderlines and reveal an individual who is very often lost in his own way of being and having a body. We reach a conclusion in which clinical work implies the individual's repossession of his own body as well as of his ability to feel, choose, suffer and also eat, or not.

Key-words: hyperphagia, obesity, psychopathology, phenomenology.

Título: Abordagem fenomenológica da experiência hiperfágica na obesidade: um estudo nos contextos francês e brasileiro

Resumo: O ato de comer está sempre presente no nosso modo de ser-no-mundo, traduzindo um modo de existência e de relação com o corpo próprio, com os outros e com o mundo. A hiperfagia nos remete a uma experiência vivida por um sujeito que *não pode não comer*, que posiciona frequentemente o ato de comer no centro de sua vida e que expressa um modo psicopatológico através da ingestão de alimentos. Uma vez que a hiperfagia tornou-se um transtorno alimentar reconhecido, classificado e cada vez mais estudado, foi apresentado um elemento "novo" muitas vezes associado ao problema da obesidade. Esta tese tem como objetivo propor uma abordagem fenomenológica da experiência hiperfágica na obesidade. Nosso percurso de pesquisa é dividido em quatro partes. Na primeira parte, apresentamos a história do corpo e do discurso psiquiátrico em torno dos transtornos alimentares e da obesidade, identificando como essa história e esses discursos podem marcar a experiência hiperfágica na obesidade. A segunda parte é consagrada à fenomenologia de Merleau-Ponty como um ponto de vista fecundo para a compreensão dos transtornos alimentares e da obesidade. Fazemos um percurso que começa com sua fenomenologia do corpo, passa por seu conceito de esquema corporal como via de organização desse modo de ser corporal e termina com seu conceito de carne. Aproximando-se de uma fenomenologia clínica, discutimos, na terceira parte, as contribuições de Ludwig Binswanger e de Arthur Tatossian para o desvelamento da experiência hiperfágica na obesidade e apresentamos o estado da arte atual das publicações fenomenológicas contemporâneas sobre os transtornos alimentares e sobre a obesidade. Utilizando o método fenomenológico crítico de pesquisa, apresentamos, na quarta parte, os resultados das entrevistas clínicas realizadas nos contextos francês (em Paris) e brasileiro (em Fortaleza). Vinte sujeitos foram entrevistados em serviços de saúde pública de cada país, a fim de ter uma referência clínica mais direta, compreender a experiência hiperfágica e o modo de ser obeso e, então, comparar as nuances e os sentidos das especificidades de cada contexto. Esta abordagem fenomenológica é constituída na interseção entre a teoria, apresentada nas três primeiras partes, e a prática, destacada pelo contato clínico com os pacientes. Entre os resultados, destacamos inicialmente a objetificação do corpo que marca os modos de viver esse corpo, produz sofrimento e atravessa a composição dos transtornos alimentares e da obesidade. Observamos uma desapropriação do corpo freqüentemente vivida na experiência hiperfágica na obesidade. Por um lado, a experiência hiperfágica denota a incapacidade de sentir os sentimentos corporais e poder controlar os atos alimentares em uma forte alteração do modo de experienciar o corpo, sinalizando para uma "hiper" centralidade do ato de comer. Por outro lado, a obesidade sinaliza a experiência de um sujeito que é muitas vezes reduzido a sua condição corporal e carrega um sofrimento ligado às limitações físicas, à visibilidade desse corpo fora da norma, aos julgamentos e à pressão dos outros para não ter mais esse corpo. Essas duas experiências, pesquisadas juntas, não têm fronteiras rígidas e revelam um sujeito muitas vezes perdido em seu modo de ser e ter um corpo. Concluímos que o trabalho clínico envolve a reapropriação deste corpo pelo sujeito e a recuperação de sua condição como sujeito que pode sentir, escolher, sofrer e também (não) comer.

Palavras-chave: hiperfagia, obesidade, psicopatologia, fenomenologia.

Approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité : Une étude dans les contextes français et brésilien

TABLE DE MATIÈRES

Introduction ……..…….. 15
Méthodologie……...… 26
1. Les nuances de la recherche qualitative ……..... 27
2. La méthode phénoménologique en tant qu'outil vers l'expérience ……. 28
   2.1. La méthode phénoménologique critique …… 32
   2.2. Le cadrage et les contextes de la recherche …… 35
   2.3. Considérations éthiques ……..……. 36
   2.4. L'entretien phénoménologique en tant qu'instrument de recherche clinique..... 36
   2.5. Les étapes de l'analyse phénoménologique ……...… 37

PARTIE I - L'EXPÉRIENCE HYPERPHAGIQUE ET L'OBÉSITÉ : HISTOIRE, LIMITES ET (IN)DÉFINITION

Chapitre 1 - Remarques historiques sur le corps et leur relation avec les troubles alimentaires et l'obésité …… 40

1.1. De l'émergence du corps moderne au sujet (corporel) contemporain ……. 41
1.2. Le « corps gros » et le « trop manger » : la constitution historique de l'obésité et de l'acte hyperphagique ……. 55

Chapitre 2 - L'approche psychiatrique de l'expérience hyperphagique et de l'obésité : au-delà de leurs frontières ……...…….. 70

2.1. L'approche psychiatrique de l'expérience hyperphagique et de l'obésité et le rôle des manuels ……..……. 70
   2.1.1. Les propositions initiales du DSM sur les troubles de conduites alimentaires ……. 72

2.1.2. L'arrivée du DSM-5 : de la non-spécificité à la définition d'une « nouvelle » maladie ……..……..... 78
2.1.3. La position de la CIM-10…….....……...……..... 83
2.2. Les (in)définitions de l'obésité et sa relation avec l'hyperphagie ……...……..……. 86
2.2.1. L'épidémiologie de l'obésité : « première épidémie non infectieuse de l'Histoire » ……..……. 86
2.2.2. La limite et le besoin d'une définition : de la santé publique au sujet obèse ……...…… 91
2.2.3. L'obésité et l'hyperphagie : du « trop manger » au *ne pas pouvoir ne pas manger* ……..... 96
Conclusion de la première partie ……. 99

Partie II - LA PHÉNOMÉNOLOGIE DE MERLEAU-PONTY EN TANT QUE POINT DE VUE POUR LA COMPREHÉNSION DES TROUBLES ALIMENTAIRES ET DE L'OBÉSITÉ

Chapitre 3 - La phénoménologie du corps chez Merleau-Ponty ……..…….. 104

3.1. Parcours et influences ……..…….. 105
3.2. Structure, Perception et Corps : un point de départ ……...…… 109
3.3. L'être-au-monde en tant que corporéité ……. 116
3.3.1. Mon corps : véhicule de l'être-au-monde ……...…… 119
3.3.2. L'habitude et la généralité : le corps comme œuvre d'art ……..... 122
3.3.3. Quel est le rôle du corps ? L'incarnation et l'existence …….……. 126
3.3.4. Être et avoir un corps : l'ambiguïté et l'équilibre nécessaire ….……. 133
3.3.5. Le corps qui habite le temps et l'espace ……. 142

Chapitre 4 - Du corps à la chair : le mouvement de Merleau-Ponty vers l'ontologie...151

4.1. La notion de schéma corporel et ses implications ……. 152
4.1.1. Origine et influences de la notion de schéma corporel …….…….. 153

4.1.2. Vers une (in)définition du schéma corporel dans la *Phénoménologie de la perception* ……..…… 157
4.1.3. Le schéma (inter)corporel : l'architectonique du corps et de la relation avec autrui ……. 162
4.1.4. Implications et explications - une ouverture de possibilités ……... 168
4.2. La puissance de la chair : vers un approfondissement de la corporéité …….. 171
4.2.1. Définition et maturation d'un concept ……...……. 172
4.2.2. Le rapport charnel corps et monde : l'empiètement, la promiscuité et le désir ……...… 178
4.2.3. Le chair en tant que phénomène du miroir et son pouvoir d'incorporation …187
Conclusion de la deuxième partie ……..…… 198

Partie III - PHÉNOMÉNOLOGIE CLINIQUE : POUR UNE CLINIQUE DES TROUBLES ALIMENTAIRES ET DE L'OBÉSITÉ

Chapitre 5 – Les contributions de la phénoménologie clinique de Ludwig Binswanger et d'Arthur Tatossian ……...…….. 208

5.1. Ludwig Binswanger et la *Daseinsanalyse* …… 208
5.1.1. L'ancrage phénoménologique : trois périodes ……...……. 212
5.1.2. Fondements de la *Daseinsanalyse* ……..…… 220
5.1.3. Le corps vécu (*Leib*) et la *Daseinsanalyse* : l'existence, le monde et la souffrance …….……..225
5.1.4. Les directions de sens : vers l'architecture de l'existence …….. 231
5.1.5. La portée psychothérapeutique de la *Daseinsanalyse* ……...…….. 238
5.2. La Clinique du *Lebenswelt* d'Arthur Tatossian ……..... 245
5.2.1. Du symptôme psychiatrique au phénomène : autour de l'expérience hyperphagique dans l'obésité …….……251
5.2.2. La subjectivité phénoménologique et ses paradoxes : vers le centrage corporel de l'identité humaine ……...……... 257
5.2.3. Conditions de possibilité du vécu hyperphagique : le temps, le corps, l'espace et l'autre …… 264

Chapitre 6 – L'état de l'art actuel : phénoménologie, troubles alimentaires et obésité ……..…… 272
Conclusion de la troisième partie ……...… 286

Partie IV - AUTOUR DE L'EXPÉRIENCE : LE VÉCU HYPERPHAGIQUE DANS L'OBÉSITÉ

Chapitre 7 – Analyse des résultats …… 291

7.1. Les entretiens cliniques à Paris (France) ……... 291
7.1.1. Brève description des participants …….. 291
7.1.1.1. Jacques, le « drame » d'être à la table …….. 291
7.1.1.2. Isabelle, la souffrance face à l'obésité …….. 292
7.1.1.3. Karine, l'oubli du problème de poids et la « liberté » dans la perte de contrôle ……. 292
7.1.1.4. Anne, « *grosse mais pas obèse* » ……..…. 292
7.1.1.5. Lisa, « *le gras me statufie* » …….. 293
7.1.1.6. Marion, manger comme une anarchie addictive qui remplit ……..... 293
7.1.1.7. Pierre, « *mon défaut est visible* » …….. 294
7.1.1.8. Dominique, se gaver face au mal-être et à la mauvaise estime de soi ……..... 294
7.1.1.9. Marine, le corps « étrange » à soi-même ……..... 294
7.1.1.10. Louise, la force de la nourriture et la distance de son corps 295
7.1.2. Les catégories phénoménologiques ……..… 295
7.1.2.1. Être obèse : le corps, le poids et le regard des autres ……...……. 296
7.1.2.1.1. Le « poids » et la souffrance d'être obèse ……..... 296
7.1.2.1.2. L'expérience corporelle dans l'obésité ……..… 299
7.1.2.1.3. L'obésité comme « *défaut visible* » : le regard des autres ……..…….. 303
7.1.2.2. Les sens de manger dans l'expérience hyperphagique dans l'obésité... 305
7.1.2.2.1. Manger pour… ……..…… 305
7.1.2.2.2. « *Après, on culpabilise* » ……...…… 308
7.1.2.2.3. Manger comme une addiction ……...…… 309

7.1.2.3. L'expérience de la perte de contrôle dans l'acte de manger ……. 311
7.1.2.4. La faim et la satiété ……... 315
7.1.2.5. La famille et l'acte de manger ……..…….. 317
7.2. Les entretiens cliniques à Fortaleza (Brésil) 320
7.2.1. Brève description des participants ……..... 320
7.2.1.1. Maria, « *je mangeais jusqu'à ne plus supporter* » ……...…… 320
7.2.1.2. Joaquim, « *j'étais exclu par le poids* » ……. 320
7.2.1.3. Claudia, l'anxiété et l'acte de manger comme un « *refuge »*…… 321
7.2.1.4. Nicolas, « *C'était à tout moment, il n'y avait pas l'heure pour manger* » ……... 321
7.2.1.5. Helena, le malaise avec l'obésité ……...…….. 322
7.2.1.6. Sara, « *Plus je mange, plus j'en ai envie* » ……..…….. 322
7.2.1.7. Laura, « *tout ce que je cherche je trouve dans l'alimentation »* ….. 322
7.2.1.8. Monique, « *la solution est la nourriture* » ……...…… 323
7.2.1.9. Paula, « *'manger' est le médicament dont j'ai besoin* » ……..… 323
7.2.1.10. Rebeca, « *tu te regardes et tu ne te vois pas, c'est moi* » ……...… 324
7.2.2. Les catégories phénoménologiques …… 324
7.2.2.1. L'être obèse : malaise, souffrance et (re)connaissance corporelle…324
7.2.2.1.1. Le malaise d'être obèse : le regard de la société et les limitations physiques ……...…….. 325
7.2.2.1.2. « *Être moi-même à nouveau* » : étrangeté et (non)acceptation corporel ……..… 328
7.2.2.2. Vers l'acte de manger hyperphagique dans l'obésité …...…… 330
7.2.2.2.1. L'anxiété et l'expérience hyperphagique ……..… 330
7.2.2.2.2. « *Tout dans la nourriture* » : le(s) rôle(s) de l'acte de manger……332
7.2.2.2.3. « *Je ne peux pas me laisser dominer par une assiette de nourriture* » : l'excès et la perte de contrôle ……...…….. 336

Chapitre 8 – Discussion générale des résultats ……. 340

8.1. La souffrance de l'obèse : (in)visibilité et discrimination …… 340

8.2. Être obèse et avoir une obésité ……..…. 345
8.3. Le bouleversement de la faim et de la satiété dans l'expérience hyperphagique ……. 349
8.4. L'acte de manger hyperphagique en tant qu'événement ……... 353
8.5. La dimension (non)addictive et le rôle des émotions dans l'hyperphagie ……...…….. 357
Conclusion de la quatrième partie ……...…….. 369

Considérations finales ……..… 373

Bibliographie citée ……..... 380
Bibliographie consultée ……..…. 400
Annexes …… 403

Introduction

Construire une thèse sur les troubles alimentaires nous amène à avoir comme point de départ et de problématisation l'acte de manger. Tous les êtres vivants ont besoin de nourriture comme source de vie, voire de survie, et maintiennent une relation, avec leur propre corps, avec autrui et avec l'environnement, dans laquelle l'acte de manger tient une place centrale. Toute la problématique de la nourriture est conditionnée, tout d'abord, vers la dynamique de l'expérience de manger, soit en fonction de l'excès en quantité ou en répétition, soit du fait de l'absence ou du refus. Néanmoins, on ne doit pas trop simplifier cette démarche. Il faut tenir compte du fait que l'expérience de manger, de se nourrir, exigée pour tout être vivant, a différents modes d'expression, qui ne sont pas forcément pathologiques ; cette expérience et la façon de la vivre peuvent parfois paraître énigmatiques et souvent imposées à partir de modèles suggérés par les traditions culturelles et ethniques. Nous pouvons dire qu'il y a une quotidienneté indispensable, propre à l'art de manger, qui va au-delà d'un acte individuel et automatique. Cela veut dire que l'acte de manger ne peut pas être compris isolément, c'est-à-dire séparé des autres expériences du sujet, de son histoire et aussi de sa culture. Compris comme un processus en interaction, il devrait commencer par la faim et finir par la satiété, tout en continuant dans une circularité. Cependant, entre ces deux temps, faim et satiété, l'expérience vécue de manger atteint différents niveaux et ses répercussions peuvent varier largement depuis le simple besoin de survie jusqu'à l'exigence esthétique et la recherche incessante de la beauté sous un paradigme préétabli. Indépendamment de la direction suivie par le sujet, le corps est toujours présent en tant que voie et siège de l'expérience de manger. L'acte de manger est toujours présent dans notre mode d'être-au-monde, traduisant un mode d'existence et un mode de relation avec le corps propre, avec les autres et avec le monde.

Bien que l'acte de manger soit fondamental pour la survie et pour la santé de l'être humain, il peut prendre parfois des dimensions psychopathologiques nuisant à la santé du sujet. C'est cela qui nous a paru intéressant d'étudier en abordant les troubles alimentaires, dynamique qui déborde les limites de la circularité entre la faim et la satiété citées ci-dessus et ajoute des éléments de souffrance connectés à cet acte. Il s'agit d'une façon d'être-au-monde[1], d'un mode d'existence dont l'acte de manger occupe une place centrale et est source de

[1] Voir L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, trad. J. Verdeaux et R. Kuhn, Paris, Les Éditions de Minuit, 1971.

souffrance dans la mesure où, de façon générale, le patient a une incapacité remarquable d'avoir le contrôle sur ses comportements alimentaires[2]. En tant que vécu psychopathologique, ces expériences doivent être comprises comme des expériences du *Lebenswelt*[3] (monde vécu ou monde de la vie), c'est-à-dire *dans* l'intersection de l'homme avec le monde. En effet, depuis la naissance jusqu'à la mort, incitée par la faim, par le plaisir, par l'envie de remplissage, par l'action en soi d'ingérer toute sorte de nourriture ou, au contraire, de la refuser, ces expériences renvoient à la dimension existentielle. Autrement dit, les actes alimentaires et, évidemment, les troubles qui leur sont associés, signalent un mode particulier d'être-au-monde.

Sujet d'intérêt croissant dans le monde, et en particulier en France et au Brésil[4], pour la santé publique et dans les domaines psys (psychiatrie, psychologie et psychanalyse), les troubles alimentaires constituent un sujet de recherche majeur et qui va prendre vraisemblablement de plus en plus d'importance dans les années à venir. Selon un paradigme psychiatrique, ils peuvent être caractérisés par une grave et persistante perturbation dans le comportement de l'alimentation, ce qui résulte des changements dans la consommation et dans l'absorption des aliments nuisant à la santé physique et au fonctionnement psychosocial des personnes impliquées. Les principales entités cliniques définies par la psychiatrie et souvent utilisées comme référence sont l'anorexie nerveuse, la boulimie nerveuse, la pica, le méricysme, l'alimentation sélective et l'accès hyperphagique[5] (binge eating)[6].

Notre sujet de recherche sera limité ici à l'hyperphagie en tant que mode d'être-au-monde. Au-delà d'un comportement particulier, cette expérience a une large incidence sur le vécu du sujet et des significations qui méritent d'être comprises et analysées. Comme le dit Merleau-Ponty, le comportement « dessine une manière de traiter le monde »[7], il a une signification qui donne condition au phénomène clinique. Malgré les différences et les particularités observées, l'expérience hyperphagique peut s'étendre de l'anorexie à la boulimie

[2] G. Charbonneau, V. Moreira, Fenomenologia do transtorno do comportamento hiperfágico e adicções, *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*., São Paulo, 2013, vol. *16*, n° 4, p. 530.
[3] A. Tatossian, V. Moreira, J. Chamond, et. al., *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques*. Paris: MJW Fédition, 2016.
[4] C. R. Espíndola, S. L. Blay, Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese, *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2006, vol. *28*, n° 3, p. 266.
[5] Lorsque nous faisons référence à l'hyperphagie, il s'agit de la psychopathologie définie au DSM V. Par contre, lorsque le mot utilisé est « comportement » ou « expérience hyperphagique », nous faisons référence à l'expérience qui peut être classifiée comme pathologique selon les critères psychiatriques, mais peut aussi se montrer comme une expérience de souffrance marquée par la répétition, l'excès et l'intensité.
[6] American Psychiatric Association. DSM-5. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Issy-les-Molineaux : Elsevier Masson, 2015.
[7] Cf. M. Merleau-Ponty, Phénoménologie de la perception, 1945, in Maurice Merleau-Ponty. Œuvres. Paris : Gallimard, 2010, p. 1018.

et aussi à l'obésité[8]. Ceci souligne la nécessité de la compréhension d'une expérience qui est marquée par des actes intenses et répétés relatifs à l'alimentation chevauchant la supposée logique naturelle par rapport à l'acte de manger. Nous avons choisi d'utiliser l'expression hyperphagie en fonction de sa neutralité et de son ouverture par rapport à d'autres expressions comme celle de « compulsion alimentaire », très utilisée au Brésil. Elle nous permet une ouverture plus large et plus libre aux considérations préalables en permettant un accès vers la dimension de l'excès, attribué à partir de l'usage du préfixe hyper, mais en réalité bien au-delà de la quantité. L'hyperphagie nous renvoie en effet au « trop manger », mais pas seulement dans le sens d'un choix, d'un dépassement quantitatif isolé, mais d'un excès vécu par un sujet qui *ne peut pas ne pas manger* et qui place l'acte de manger au centre de sa vie. Ce choix nous ouvre la possibilité de rechercher l'extension de ces expériences en allant jusqu'aux frontières de leur expression.

Afin de délimiter encore plus notre champ de recherche, compte tenu de l'amplitude de l'expérience hyperphagique, nous consacrons cette thèse tout particulièrement à l'expérience hyperphagique vécue dans l'obésité. Reconnue en tant que problème de santé publique mondial[9], l'obésité a une portée encore plus large, avec ses stratégies propres de combat et de prévention. Sa dimension tellement banale rend difficile la reconnaissance de son statut. Est-elle une maladie en soi et si oui de quelle nature ? Est-ce une maladie mentale ? L'obésité est souvent vue plutôt comme une condition physique dont les conséquences négatives pour la santé sont imminentes. Il nous semble qu'il s'agit d'un phénomène complexe qui hante l'existence de la plupart des personnes avec son étiologie multifactorielle. Selon une étude publiée en 2016[10], 13% de la population mondiale est obèse, ce qui évoque une multiplicité d'éléments associés à ce phénomène. Dès lors que l'hyperphagie devient un trouble alimentaire reconnu, classifié et de plus en plus étudié, nous pouvons identifier un « nouvel » élément ajouté à la problématique de l'obésité déjà connue. Ce peut être un risque, et aussi la preuve d'une certaine naïveté, de relier directement l'hyperphagie à l'obésité et il nous paraît encore plus grave de la désigner comme la cause de l'obésité. Cette expérience doit être étudiée très attentivement et notre intention ici est, dans une certaine mesure, d'introduire une discussion psychopathologique sur la question de l'obésité et de l'hyperphagie.

[8] Il est important d'éclairer que l'obésité n'est pas considérée comme un trouble alimentaire. Cette prise de position est discutable et sera explorée ailleurs. Son statut ne change qu'avec le diagnostic, par exemple, d'hyperphagie.
[9] A. Poutier, C. Ung, S. Delhumeau, « L'obésité, une problématique de santé publique », *Actualités pharmaceutiques*, 2017, n° 566, p. 20.
[10] Voir NCD Risk Factor Collaboration, « Trends in adult body-massindex in 200 countries from 1975 to 2014 : a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants », *Lancet*, 2016, vol. 387, p. 1377-1396.

Tous les obèses, comme beaucoup d'entre nous, ont vécu, à un moment donné, une expérience hyperphagique liée à une situation spécifique et/ou même isolée. Toutefois, lorsque l'accent est mis sur l'expérience hyperphagique dans l'obésité, il s'agit de la présence constante de ce vécu reconnu comme une perte de contrôle des prises alimentaires en intensité, excès et répétition. Il s'agit d'une expérience vaste qui, dans sa temporalité, déborde le moment de l'alimentation dans un champ qui implique l'avant, le pendant et l'après de l'acte de manger en atteignant le sujet dans sa totalité. Dans cette thèse, nous avons comme objectif principal de proposer une approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Cela nous a conduit à un parcours de recherches diverses, que nous présenterons en quatre parties, son objectif étant d'essayer de développer, d'abord à un niveau plutôt théorique, un point de vue phénoménologique de ces phénomènes, puis à analyser l'expérience de patients hyperphagiques et obèses, dans les contextes français et brésilien, interviewés à partir des outils phénoménologiques de recherche.

Notre parcours de recherches sera tout à fait centré sur la corporéité, – d'où la référence constante aux travaux de Merleau-Ponty –, ce qui veut dire que le corps sera l'un des axes de cette recherche, puisque nous reconnaissons l'ancrage corporel du vécu hyperphagique dans l'obésité et son importance majeure dans une analyse phénoménologique. Vécue *dans* le corps et *par* le corps, l'expérience hyperphagique dans l'obésité comporte un intérêt historique car elle est caractéristique de chaque époque, ce qui permet le déploiement de discours par rapport au corps, mais aussi par rapport à la nourriture, à l'acte de « manger » et à la maladie en fonction du temps qui passe. Dans la première partie de cette thèse nous présenterons la dimension historique, les limites et les (in)définitions relatives et propres à l'expérience hyperphagique et à l'obésité. Ces deux types d'expériences n'ont pas toujours été associées et elles se sont constituées historiquement, peu à peu, en fonction des définitions admises selon l'époque et des différents modes d'expression clinique présentés tout au long du temps.

Nous ferons d'abord quelques remarques sur l'histoire du corps ayant pour but de faciliter la compréhension des changements de l'aspect du corps et des caractéristiques souhaitées à chaque époque, puis de comprendre l'émergence d'un « sujet corporel » contemporain dont la cible est le corps, son contrôle et son adéquation à certains paramètres bien précis. Le corps a toujours été visible, mais l'amplitude et l'importance de cette visibilité ont changé avec le temps, conduisant à une accentuation et à une valorisation croissante des formes corporelles qui affectent les modes dont ce corps est vécu et la signification de ces expériences pour le sujet. L'histoire du corps, dans notre parcours de recherches, est explorée, en envisageant son rapport avec l'histoire de l'obésité et des troubles alimentaires. Pour définir

ces phénomènes, il faut d'abord bien comprendre ces processus et les connaissances qu'ils ont permis d'acquérir avec le temps. Ensuite, nous essaierons de dépasser les frontières de ces expériences. Nous explorerons l'historique de l'expérience hyperphagique vue sous l'angle de la psychiatrie en discutant le rôle central et souvent trop important attribué aux manuels de cette science, surtout à ceux d'origine américaine (DSM). La définition de l'hyperphagie en tant que trouble alimentaire classé date de 2013 avec la parution du DSM V. Même si au niveau clinique ce trouble était déjà identifié depuis longtemps, la reconnaissance par le DSM (même si elle ne résout pas tout et s'éloigne d'une approche phénoménologique) constitue une « avancée » importante qui encourage le développement de recherches sur ce sujet, surtout celles qui se proposent d'aborder une réflexion critique. Un diagnostic signifie un changement de statut pour un trouble pathologique qui devient une « maladie » et ainsi le met plus en évidence, légitimant de plus en plus les études de physiopathologie et de psychopathologie le concernant et sur les modes de traitement. Ensuite, nous explorerons l'expérience hyperphagique dans l'obésité sous trois aspects : 1) les données épidémiologiques ; 2) les difficultés à définir l'obésité et à la situer dans une dimension capable d'impliquer à la fois la santé publique et la subjectivité ; 3) les nuances de l'expérience hyperphagique dans l'obésité lorsqu'elle dépasse les limites du « trop manger », en atteignant une dimension psychopathologique de ne pas pouvoir ne pas manger.

Le dévoilement de l'expérience hyperphagique dans l'obésité exige la prise en considération du corps dans sa dimension sensible et expressive. Parmi plusieurs possibilités d'ancrage philosophique du corps, nous avons choisi, dans la deuxième partie, celle de Merleau-Ponty en raison de son approfondissement de l'expérience sensible du corps et de l'amplitude de sa démarche à propos du corps, à partir d'autres concepts comme celui de la chair. Ce choix suit aussi l'orientation phénoménologique présentée tout au long de ce travail. Philosophe français et représentant central de la phénoménologie philosophique, Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) a orienté ses travaux sur l'importance primordiale des sens du *Lebenswel*t afin de surmonter les dichotomies entre un monde naturel et un monde culturel, en supposant l'existence d'un enchevêtrement de l'expérience subjective avec l'expérience objective[11]. L'homme doit être compris dans sa mutuelle constitution avec le monde, au-delà des dichotomies, comme l'interne et l'externe, l'objectif et le subjectif, le conscient et l'inconscient, en étant entendu dans sa mondanité. La phénoménologie, pour Merleau-Ponty,

[11] V. Moreira, *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*, São Paulo: Annablume, 2007. V. Moreira, Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica, *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2010, vol. 15, nº 4, p. 723-731.

est comprise comme un étude des essences, mais qui « replace les essences dans l'existence et il ne pense pas qu'on puisse comprendre l'homme et le monde autrement qu'à partir de leur facticité»[12]. Ce caractère mondain est généralement souligné par Merleau-Ponty qui pose le monde comme «milieu naturel et le champ de toutes mes perceptions explicites »[13], puisque « l'homme est au monde, c'est dans le monde qu'il se connaît». Alors que l'homme et le monde se constituent mutuellement, pour comprendre cet homme nous devons inclure les différentes psychopathologies qui l'affectent ; il faut toujours tenir compte de cet enracinement. Il est possible d'affirmer, par exemple, que l'expérience hyperphagique dans l'obésité se constitue dans le monde : elle n'est ni une production d'une subjectivité isolée ni le résultat d'une imposition originaire du monde.

Nous comprenons que la notion de corps vécu chez Merleau-Ponty se configure comme un vrai outil pour comprendre les troubles alimentaires, voire l'expérience hyperphagique dans l'obésité. On peut dire que tout est vécu dans le corps et cela va au-delà d'un corps physique sans cependant le négliger. En disant cela, il faut bien comprendre de quel corps nous parlons. Inspirés par la phénoménologie de Merleau-Ponty, nous avons l'intention de suggérer quelques propositions de ce qui serait une sorte de lecture merleau-pontyenne du corps vécu dans les troubles alimentaires. En envisageant ces expériences en tant que mode d'être-au-monde, la phénoménologie de Merleau-Ponty se présente comme un point de vue fécond vers la compréhension de ces vécus corporels. Il nous annonce un corps comme siège de l'expérience, comme ce qui nous ancre dans le monde et établit une relation avec lui. Notre existence se donne dans et par le corps dans une « incarnation perpétuelle »[14] et ceci signifie ouverture au monde, possibilité. D'après Charbonneau[15], dans le domaine phénoménologique, la corporéité est vraiment constituante de l'expérience, partagée ou non, et en rapport avec autrui. C'est le corps qui rend possible nos relations avec les autres, avec notre propre corps, avec la nourriture, avec le monde. Dans le domaine pathologique, ce corps peut aussi signifier la fermeture au monde dans la mesure où il restreint les possibilités de notre existence. Le corps est l'endroit où nous vivons nos expériences et aussi ce qui nous sommes.

Nous soulignerons trois notions fondamentales : corps propre, schéma corporel et chair lesquelles illustrant le parcours de Merleau-Ponty et qui ont soutenu notre (re)lecture de cet auteur. Notre parcours commencera dès le livre Structure du Comportement jusqu'aux

[12] Cf. M. Merleau-Ponty, Phénoménologie de la perception, 1945, in Maurice Merleau-Ponty. Œuvres. Paris: Gallimard, 2010, p. 657.
[13] Cf. *Ibid.*, *op. cit.*, p. 662.
[14] *Ibid.*, *op. cit.*, p. 852.
[15] G. Charbonneau, *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*. Tome I, Paris: MJW Fédition, 2010.

derniers écrits en cherchant à comprendre le fil conducteur de la discussion sur le corps. La phénoménologie du corps est l'axe fondamental, surtout dans le troisième chapitre. Nous présenterons l'habitation corporelle au monde proposée par Merleau-Ponty et, inspiré par cette lecture, nous esquisserons quelques possibles compréhensions d'un vécu corporel, altéré en fonction d'un trouble alimentaire. Dans ce cas, nous signalerons quelques points sur l'hyperphagie, et aussi sur l'anorexie, bien que celle-ci ne soit pas notre sujet de recherches. Alors que le corps est toujours au centre, nous mettrons l'accent sur le schéma corporel et sur la chair, les comprenant tous deux comme une voie d'approfondissement et un retour vers la notion de corps, capable de radicaliser l'extension de sa relation avec le monde, avec les autres et avec soi-même.

En considérant le rapport charnel entre le corps et le monde, nous éluciderons trois autres notions qui signalent l'enveloppe charnelle du sujet, avec son corps et avec le monde. L'empiètement, la promiscuité et le désir sont ancrés dans la conception de chair de Merleau-Ponty et nous fournissent des éléments pour élargir les frontières du corps sans l'abandonner, c'est-à-dire pour mettre l'accent sur le caractère indissociable et ambigu de l'existence du sujet au monde. Poussé aussi par l'affirmation tardive de Merleau-Ponty que « la chair est phénomène du miroir »[16], nous aborderons cette problématique puissante originaire de la psychanalyse avec l'intention d'élucider sa visée spécifique et sa contribution en ce qui concerne notre sujet. Pour clôturer cette large partie, nous discuterons le pouvoir d'incorporation (introjection et projection) de la chair aussi comme une métaphore qui pourrait nous fournir des directions vers la prise du corps par rapport à l'hyperphagie dans l'obésité. Nous comprenons qu'évoquer la philosophie de Merleau-Ponty signifie vraiment dépasser (ou même élargir) les frontières de la phénoménologie philosophique, surtout devant l'inachèvement annoncé par lui dès la Phénoménologie de la perception.

La troisième partie de notre thèse est orientée vers la clinique. Nous laisserons un peu de côté la phénoménologie philosophique pour envisager la phénoménologie clinique. Cette dénomination nous semble adéquate pour rendre compte du sens clinique, soit celui d'une clinique psychiatrique, psychologique ou des modèles de psychothérapie de nature phénoménologique, soit celui d'un discours « théorique » de la psychopathologie qui se constitue à partir du contact clinique. On peut dire que, sur ce terrain, la dimension clinique, le contact et la relation avec le patient ont été toujours valorisés tant pour constituer le plan

[16] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le visible et* l'invisible, 1964. Paris, Gallimard, 1979, p. 303.

théorique des études que pour développer les modalités de traitement[17]. La phénoménologie clinique est née au début des années 1920 à partir de la psychiatrie, en s'appuyant sur la phénoménologie philosophique, proposée par Husserl, reprise par Heidegger, par Merleau-Ponty et par Sartre[18]. Sans posséder un seul fondateur, elle a eu quatre débutants[19] : Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger, Karl Jaspers et Erwin Strauss. La désignation de phénoménologique est liée au fait que l'analyse constitue « la clef de la compréhension des troubles mentaux ou psychologiques »[20] et aussi au fait d'utiliser les formulations de la phénoménologie philosophique comme base épistémologique.

Le phénomène psychopathologique en question ici est l'hyperphagie comprise comme mode d'être global[21], comme ce qui se révèle comme une expérience du sujet dans le monde et dans sa propre expérience. La phénoménologie veut dévoiler, clarifier les différents phénomènes, en faisant un mouvement de retour à l'expérience. Cette recherche a l'intention de maintenir ce mouvement, propre de la phénoménologie, de s'approcher aussi près que possible de l'expérience du patient. Cela n'est possible qu'avec le contact avec des sujets qui vivent ou ont vécu cette expérience. Ce type de recherche est pertinente pour permettre une approche du vécu du sujet et de l'aspect qualitatif de celui-ci, dans notre cas, le vécu hyperphagique dans l'obésité. Nous chercherons à comprendre l'expérience hyperphagique sur le plan phénoménologique, c'est-à-dire comprendre la constitution de l'expérience, sa structure et sa continuité[22]. La phénoménologie intègre le vécu et le met comme priorité sur la base de la compréhension qu'il y a toujours un mouvement de l'expérience. Donc, il faut bien comprendre dans cette approche ce qui doit être considéré comme normal ou comme pathologique. Nous prendrons comme référentiel le sens adopté par Tatossian[23], inspiré par Blankenburg, qui comprend qu'un vécu doit être considéré comme pathologique quand la possibilité de ne pas le présenter n'existe pas. Il est donc la seule possibilité du sujet, avec une cristallisation conduisant à l'impuissance de ce sujet qui perd la possibilité de mouvement puisqu'il n'y a plus de flux

[17] L. Bloc, V. Moreira, M. Wolf-Fédida, J. Chamond. La relation d'implication (et non d'application) entre les phénoménologies philosophique et clinique: le point de vue d'Arthur Tatossian. *Bulletin de Psychologie*, vol. 5, n° 550, p. 304.
[18] A. Tatossian, J-M. Azorin, « Phénoménologie », in A. Porot. *Mannuel Alphabetique de Psychiatrie*.- 6ª ed. Paris : Presses Universitaires de France, p. 528.
[19] Il existe des divergences par rapport à l'origine de la phénoménologie clinique que nous explorerons dans un autre moment.
[20] Cf. G. Charbonneau, *op. cit.*, 2010, p. 11.
[21] A. Tatossian, A. Pratique Psychiatrique et Phénoménologie, in P. Fédida et P. Gutton, *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris: Echos-centurion, 1986, p. 123-131.
A. Tatossian. Pratique psychiatrique et phénoménologie, 1985, in A. Tatossian. *Psychiatrie phénoménologique.* Paris: MJW Fédition, 2015, p. 179-183.
[22] G. Charbonneau, *op. cit.* 2010.
[23] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, 1979. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

possible. Si nous rapportons cette discussion à l'expérience hyperphagique, au-delà des critères diagnostiques établis par le DSM, nous pouvons considérer que l'acte de manger, même compte tenu de son importance, apparaît, en cas d'hyperphagie, comme une impossibilité de ne pas manger ou même de ne pas pouvoir arrêter de manger. Il s'agit d'une contribution féconde aux conceptions actuelles de la santé et de la maladie, apportant un critère qui va au-delà de la nosographie et met l'accent sur le vécu et sur la « liberté » du sujet.

La distinction entre le symptôme et le phénomène est également d'une importance fondamentale dans la phénoménologie clinique et donne une direction à ce que nous cherchons à comprendre. Avec le symptôme, on infère l'existence d'une maladie à partir d'un signal. Avec le phénomène, il ne s'agit pas d'inférer l'existence de quelque chose, mais de percevoir le mode d'être global du sujet. Le focus quitte le symptôme vers le phénomène et il ne se centre pas sur les maladies, mais sur les modes de vie, le vécu du sujet. Donc, lorsqu'on met l'accent sur le phénomène, on cherche à comprendre une expérience phénoménologique. Il s'agit d'une perception clinique du mouvement du patient qui vise à être, selon Tatossian[24], vivant, efficace, dynamique et dialectique, toujours à la recherche du phénomène expressif. On cherche toujours à atteindre l'expérience phénoménologique, située ici comme objectif, tout en considérant le mouvement qui lui est naturel et la possibilité de transformation qui apporteront des éléments nouveaux pour la compréhension du vécu [25]. L'une des difficultés des recherches phénoménologiques est précisément de comprendre et d'atteindre ce mouvement, car il ne s'agit pas de synthétiser ou de définir, mais de s'approcher de ce mode d'être – direction visée tout au long de cette recherche. Les recherches de nature phénoménologique sont importantes pour aboutir à une proposition concrète et à un engagement éthique devant celui qui « tombe malade », en refusant des réponses toutes prêtes et stéréotypées et aussi en refusant de suivre une dynamique naïve de causalité.

En cherchant à composer une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité, notre intérêt sera surtout attiré d'abord vers la *Daseinsanalyse* de Ludwig Binswanger, notamment en ce qui concerne sa discussion autour du corps vécu, des directions de sens et de la psychothérapie, puis vers la clinique du Lebenswelt proposée par Arthur Tatossian (cinquième chapitre) dont la contribution sera explorée à travers la notion de phénomène, de subjectivité phénoménologique et de l'intrication du temps, du corps, de l'espace et de l'autre comme conditions de possibilité du vécu hyperphagique dans l'obésité.

[24] *Ibid.*
[25] *Ibid.* Voir aussi L. Bloc, V. Moreira. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 2013, vol 16, n° 1, p. 28-41.

Leurs contributions, ajoutées à d'autres textes contemporains, nous donnent les conditions pour esquisser une compréhension phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Nous réaliserons enfin une exploration de la littérature phénoménologique actuelle (sixième chapitre) concernant les troubles alimentaires et l'obésité.

La quatrième partie de cette thèse sera consacrée à une recherche « sur le terrain » visant l'hyperphagie dans l'obésité vécues par des patients appartenant à deux contextes différents, français et brésilien. Le point central sera d'abord de pouvoir « accéder » à l'expérience hyperphagique de ceux qui la vivent et qui peuvent la décrire afin qu'il soit possible d'analyser et de discuter les résultats obtenus de façon objective et en s'approchant le plus près possible du phénomène objet de notre étude. Une approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique sous-entend un contact indispensable et réel avec les patients. Nous chercherons donc à comprendre, sur le plan clinique, comment se constitue le mode de fonctionnement hyperphagique dans l'obésité. Comme nous avons vécu notre propre expérience interculturelle, en séjournant à Paris, nous avons pris conscience de certaines marques culturelles propres à chacun des deux pays (France et Brésil), ce qui nous a incité à explorer aussi cette voie avec l'intention de comprendre le rôle possible que joue la culture dans l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Nous avons fait alors une analyse de ce vécu dans le contexte français (à Paris) et dans le contexte brésilien (à Fortaleza) suivie d'une réflexion permettant de « comparer » le mode dont les sujets éprouvent leurs expériences hyperphagiques et les différents sens présents autour de l'être obèse et de l'acte de manger dans chacun des contextes. On part de la compréhension qu'il est impossible de comprendre une pathologie mentale ou même un comportement pathologique sans tenir compte de la culture[26]. L'expérience hyperphagique et l'obésité ne peuvent être comprises qu'en tenant compte du monde, dans lequel vit le sujet concerné, avec ses multiples contours – historiques, sociaux, politiques, anthropologiques et culturels – qui vont bien au-delà des aspects individuels ou même biologiques[27]. Il y a un mode d'être qui se compose *dans* le monde et *par* le monde. Comprendre phénoménologiquement la culture signifie souligner l'importance de la description et de l'analyse du *Lebenswelt* comme monde de la vie quotidienne. Il s'agit d'une culturalité humaine comprise comme culture vécue. Ce monde de la vie nous ramène à la quotidienneté de l'acte de « manger » et à ses implications dans notre existence, point clé dans notre recherche.

[26] Voir V. Moreira, D. Sam, A mútua constituição entre psicopatologia e cultura, in V. Moreira, *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Annablume, 2009, p. 229-243.
[27] Voir V. Moreira, *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica.* São Paulo : Annablume, 2009.

En résumé nous pouvons dire que le long parcours proposé dans notre travail, qui sera développé ci-dessous, vise à contempler toute la dynamique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité sur la base d'une approche phénoménologique. L'histoire du corps et aussi de la psychiatrie (Partie I) nous fournira des pistes pour comprendre les modes dont le corps est en scène aujourd'hui, contribuant à l'expression des psychopathologies étudiées. À travers la phénoménologie de Merleau-Ponty (Partie II) nous devrions mieux comprendre le bouleversement de l'expérience corporelle dans l'hyperphagie dans l'obésité ainsi que l'organisation corporelle dans un tissu charnel commun. La phénoménologie clinique (Partie III) permettra un élargissement de ce qu'a révélé l'expérience hyperphagique dans l'obésité vécue rendant possible un regard plus élaboré sur les modes d'être-au-monde des patients. L'accès au vécu des sujets par des entretiens au moyen d'une méthode phénoménologique (Partir IV), est un chemin nécessaire pour s'approprier de cette expérience hyperphagique sur le plan qualitatif et pour permettre de présenter une étude rigoureuse ancrée sur la clinique.

Méthodologie

La construction d'une thèse est un processus long et animé par le désir de celui qui cherche à répondre à des questions et à formuler une position par rapport à une thématique ancrée dans les conceptions théoriques et dans les sources de recherche au niveau pratique. La question ici est d'élucider le chemin que nous allons parcourir. Entre le début et la fin il y a toujours un chemin qui doit être bien choisi, détaillé et respecté. Aussi un bon parcours méthodologique est-il indispensable mais son choix est aussi déterminé par les hypothèses (« méfiances ») du chercheur. En outre, face à une grande variété de critères et à des différences méthodologiques importantes, il faut bien reconnaître les fondements épistémologiques de la recherche envisagée et adopter la rigueur comme critère central[28].

Comme nous l'avons déjà signalé dans l'introduction, les trois premières parties de cette thèse ont une dimension « presque » entièrement théorique dans le sens où elles n'ont pas été construites (*a priori*) à partir de cas cliniques spécifiques ou d'entretiens avec des patients. Il s'agit de discussions sur des sources préétablies avec plusieurs élucidations et confrontations possibles en rapport avec notre sujet. Autrement dit, les références utilisées à partir de l'histoire du corps et des troubles alimentaires, de la phénoménologie de Merleau-Ponty et de la phénoménologie clinique nous fournissent des bases pour comprendre l'hyperphagie dans l'obésité. Toutes ces discussions sont le pas initial et nécessaire vers la compréhension de ce phénomène. Le mot « presque » a été utilisé intentionnellement car notre compréhension, bien que fondée sur des discussions « théoriques consistantes », a aussi comme source le vécu du chercheur, son insertion dans le monde et son expérience clinique. La théorie est ici pensée phénoménologiquement ce qui permet à l'expérience d'émerger sans tenir compte de la théorie de manière rigide et statique[29].

Même si les dialogues théoriques ont de l'intérêt du fait de leur qualité et une grande portée par rapport au phénomène étudié, nous comprenons l'exigence de s'approcher autant que possible du phénomène. Il ne s'agit pas de penser « sur », mais aussi de penser « avec ». C'est l'expérience du sujet qui est notre source principale. Au lieu de n'utiliser que les discours

[28] M. Drapeu, « Les critères de scientificité en recherche qualitative », *Pratiques psychologiques*, 2004, vol. 10, 79-86, p. 83.
[29] V. Moreira, L. Bloc, « Clinique du *Lebenswelt* (monde vécu): articulation et implication entre théorie et pratique », in *Clinique du Lebenswelt* : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques, *op. cit*., p. 261.

sur un tel phénomène, nous choisissons une construction en partenariat, c'est-à-dire, un dialogue constant entre théorie et pratique, ancré dans une mutuelle constitution[30].

Le choix de la méthodologie doit être étroitement liée à l´objet de l´étude et s´allier avec les contributions théoriques relatives au travail effectué. Bien que les discussions suscitées par ces études théoriques offrent des possibilités pour un large débat sur le sujet de cette recherche, nous considérons essentiel de développer une recherche sur le terrain. Cela se justifie par la nécessité de revenir à l'expérience des personnes qui vivent, ou qui ont vécu, l'expérience hyperphagique dans l'obésité, et ce, dans les contextes français et brésilien. Entendre l´expérience des patients constitue en effet une dimension essentielle de toute approche phénoménologique de recherche en psychopathologie.

1. Les nuances de la recherche qualitative

Reconnaître une recherche comme qualitative revient à dire qu'elle a des attributs qui dépassent la présence (ou l'absence) d'une quantification numérique supposée capable de valider une recherche et donc qu'elle ne peut pas être réduite à des opérations techniques car sa conception vient d'abord d'une expérience du monde de la vie (*Lebenswelt*), d'une transaction expérientielle et aussi d'une activité de production de sens. Sa source est vraiment la rencontre de la sensibilité du chercheur avec l'expérience visée[31]. Nous assumons la direction qualitative de cette recherche car nous cherchons le sens de l'expérience hyperphagique dans l'obésité à partir de la rencontre du chercheur avec celui qui éprouve, qui vit, l'expérience.

Lorsque l'on utilise le mot qualitatif lors d'une recherche en psychologie et psychopathologie, cela veut dire qu'il s'agit de l'investigation de ce qui est distinctif, des caractéristiques essentielles d'une expérience et d'une action en tant que vécue par quelqu'un. Il s'agit d'un « effort réfléchi, interprétatif, descriptif et généralement réflexif pour décrire et comprendre les exemples concrets de l'action humaine et l'expérience du point de vue des participants qui sont en train de vivre une situation particulière »[32]. On peut voir ici le rôle tout à fait central de celui qui vit ou qui a vécu l'expérience et comprendre son importance pour toute recherche qualitative.

De façon générale, tout le travail d'analyse qualitative est traversé par le sens. Constitué à partir de la rencontre entre un événement du monde phénoménal et un projet de compréhension, le sens peut être défini comme « l'expérience humaine (réelle ou imaginaire) à laquelle peut être rapporté un énoncé

[30] *Ibidem*.
[31] P. Paillé, A. Muchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, 2012, p. 60-61.
[32] C. Fischer, « Introduction », in *Qualitative researche methods for psychologists : introduction through empirical studies*, ed. par C. Fischer (pp. XV-XLII). Amsterdam : Elsevier, 2006, p. XVI.

(mot ou ensemble de mots) qui en permet la compréhension »[33]. Ce sens n'est jamais définitivement donné, il est toujours en train de transiter. L'objet de la recherche ne peut être trouvé que par le sens qu'il revêt à travers le témoin, toujours en considérant les contextes, la société et la culture d'origine. Il s'agit d'une construction qui réunit trois univers symboliques: l'analyse induite (par le témoignage de l'acteur), l'analyse construite (par le chercheur) et l'analyse comprise (par le lecteur)[34]. La démarche qualitative adoptée ici est un essai d'approfondissement vers le sens de l'expérience vécue, autrement dit un travail plus axé vers la qualité de l'expérience à partir de son expression que vers les relations causales. Il s'agit de l'approche adéquate pour la compréhension et la caractérisation de l'expérience ou de son interaction dans ses propres termes – elle demande ce qu'une chose *est* dans le sens du comment elle est vécue. La question n'est pas pourquoi, mais *quoi, quand* et *comment*[35].

Creswell[36] signale que les recherches qualitatives ont les caractéristiques suivantes : cadre naturel, chercheur en tant qu'instrument clé, sources multiples de données, analyse de données inductive, significations des participants, design émergent, point de vue théorique, enquête interprétative et compte holistique. Ce sont des caractéristiques générales et communes à toutes les approches qualitatives. Cependant, les recherches qualitatives en psychologie ne sont pas une entité homogène[37]. Plusieurs approches qualitatives sont possibles et on pourrait citer ici la théorisation ancrée (ou enracinée), la phénoménologie, l'analyse de discours, la psychologie narrative, parmi d'autres. Ce sont des outils compréhensifs qui apportent à la fois des fondements théoriques spécifique et des lignes directrices pour la conception de la recherche[38]. De ce fait, le choix méthodologique doit être traversé par ces deux aspects. Plus les bases théoriques qui fondent la méthodologie seront convergentes avec la ligne théorique de base d'un travail, plus cohérente sera la direction suivie. Ainsi, en tant que recherche qualitative, nous utilisons la méthode phénoménologique tout en consonance avec l'approche phénoménologique suivie toute au long de cette thèse.

2. La méthode phénoménologique en tant qu'outil vers l'expérience

Au cours des vingt dernières années, il y a eu une augmentation significative de l'application de la méthode phénoménologique à la recherche empirique en psychologie[39]. Cette méthode de recherche en psychologie et aussi en psychopathologie a, évidemment, son

[33] P. Paillé, A. Muchielli, *op. cit.*, p. 61.
[34] *Ibid.*, p. 63.
[35] C. Fischer, *op. cit.*, p. XVII.
[36] J. W. Creswell, *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions.*Thousand Oaks: Sage (Publications), 2007, p. 37.
[37] Voir J. Smith, J. *Qualitative Psychology : a practical guide to research methods.* London: SAGE Publications, 2008.
[38] I. Pietkiewicz, J. Smith, « A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative researche psychology ». *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 2014, vol. 20, n° 1, p. 8.
[39] T. de Castro, W. Gomes, « Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia : tradições e tendências ». *Estudos de Psicologia*, 2011, vol. 28, n° 2, p. 153.

origine et sa base dans le mouvement phénoménologique. Pour que des équivoques ne soient pas commises, surtout celles de faire une confusion entre une méthode de recherche dans un certain domaine et une philosophie, cette relation doit être bien précisée. Bien qu'elle se présente dès son origine, avec Husserl, comme une méthode pour les sciences dans un sens large, la phénoménologie s'est développée et s'est rapprochée d'autres domaines. La construction d'une méthode phénoménologique de recherche résulte d'un essai d'application de la phénoménologie philosophique dans un cadre spécifique. Autrement dit, la phénoménologie philosophique nous fournit les bases épistémologiques, les fondements et même l'inspiration pour élucider une structure pratique de recherche – un mode d'accès à l'expérience.

En tant que méthode issue de la philosophie, la méthode phénoménologique a une capacité d'adaptation. Par ailleurs, l'objectif change dans la mesure où elle sort, d'une certaine façon, de la région philosophique pure vers un champ scientifique lié à la psychologie, à la psychiatrie et à la psychopathologie[40]. Il faut qu'il y ait, autant que possible, une harmonie entre la méthode philosophique et l'objectif global de la recherche proposée. En considérant l'existence de phénoménologies « au pluriel », comme celle de Husserl, de Heidegger ou de Merleau-Ponty, et de méthodes phénoménologiques de recherche, comme celles proposées par Giorgi[41], Moustakas[42], Creswell[43], Smith[44], parmi d'autres, il nous paraît nécessaire de mieux préciser notre propos. Le point commun de ces diverses approches est leur intérêt dirigé vers l'expérience[45] et son sens, ce qui est aussi notre but.

Lorsque l'on aborde la phénoménologie dans son sens large, la référence initiale est toujours celle de Husserl, surtout, dans ce cas, du fait de son utilisation majeure comme base pour la proposition de méthodes phénoménologiques de recherche. Husserl a institué la phénoménologie comme fondement pour l'investigation des relations logiques pures, inhérentes à la conscience intentionnelle. Son intention était vraiment de fonder les bases de la connaissance en partant de la question de l'apparition des objets et des événements pour la

[40] M. Englander, « The phenomenological method en qualitative psychology and psychiatry ». *Int. J. Qualitative Study Health Well-being*, 2016, vol. 11, p. 02. : 30682 http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30682, p. 02.
[41] Voir A. Giorgi, « The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure », *Journal of Phenomenological Pschology*, 1997, vol. 33, p. 235 – 260.
[42] Voir C. Moustakas, *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage, 1994.
[43] Voir J. Creswell, *op. cit.*, 2007.
[44] Voir J. Smith, *op. cit.*, 2008.
[45] J. Smith, P. Flowers, M. Larkin, *Interpretative Phenomenological Analysis*. London, Sage Publication, 2009, p. 11.

conscience, tout cela au moment où la psychologie était aussi en train de se constituer[46]. Sa phénoménologie est une méthode *eidétique*, c'est-à-dire centrée sur le mode d'apparition des choses pour les individus tout au long de leurs expériences. Il s'agit de chercher l'essence du phénomène dans son caractère unique et distinguable tout en respectant son principe fondateur à savoir que l'expérience doit être examinée dans son propre mode de production et dans ses propres termes[47].

Pour atteindre cette expérience et trouver l'essence du phénomène, Husserl a proposé ce qu'il appelle un *retour aux choses elles-mêmes*. Ces choses, qui sont en question, ne sont pas les réalités naturelles mais les *vécus*[48] *; m*ême si une variation dans son interprétation en tant qu'objectif est possible, ce retour est à la base de toute approche phénoménologique de recherche[49]. Lorsqu'il met l'accent sur le vécu, Husserl le comprend dans son caractère intentionnel. Terme emprunté à Brentano, l'intentionnalité est évoquée comme une caractéristique de la conscience et implique de penser son vécu comme une intention, c'est-à-dire que la conscience est toujours conscience de quelque chose et l'objet est considéré en tant qu'il est visé par la conscience. Pour lui, il y a une corrélation entre conscience et objet sur laquelle il ajoute un principe d'ouverture de la conscience[50]. Pour atteindre le phénomène ou encore les modes d'apparition d'un phénomène à la conscience intentionnelle, Husserl propose la sortie d'une attitude naturelle vers une attitude phénoménologique.

On peut comprendre l'attitude naturelle comme l'attitude assumée par le sujet face aux thèses explicatives, déjà formulées, qui impliquent souvent un refus à poser des questions sur les bases et les possibilités de la connaissance[51]. Elle implique aussi notre expérience quotidienne et un mouvement réflexif lié à notre engagement dans le monde. Quoique l'attitude naturelle fasse partie de notre mode d'être-au-monde et se présente comme un acquis fondamental, elle comporte des risques dans la mesure où elle peut engendrer des équivoques et des « préjugements » (jugements a priori, non fondés). Utiliser l'attitude naturelle sans discernement peut nous conduire au risque de revendiquer des réponses avant même de poser des questions et à vivre l'illusion « du tout savoir. » En proposant une fondation

[46] A. Giorgi, B. Giorgi, « Phenomenology », in *Qualitative Psychology : a practical guide to research methods*, ed. par J. Smith. London, SAGE Publications, 2008, p. 25.
[47] J. Smith, P. Flowers, M. Larkin, *op. cit.,* 2009, p. 12.
[48] F. Dastur, *Husserl : des mathématiques à l'histoire*. Paris : PUF, 1999, p. 31.
[49] H. Spiegelberg, *The phenomenological movement : a historical introduction*. Boston: Martinus Nihjhoff, 1982, p. 680.
[50] A. Giorgi, « The Phenomenological Mouvement and Research in the Human Sciences ». *Nursing Science Quarterly*, 2005, vol. 18, n° 1, p. 76.
[51] T. de Castro, W. Gomes, *op. cit.*, 2011, p. 154.

phénoménologique de la connaissance, Husserl, surtout au début de ses travaux, et assez ancré dans la logique, comprenait que, au lieu d'une théorie explicative, il suffit d'une élucidation phénoménologique du vécu logique. Pour lui, il y a un cours logique du monde, une essence du phénomène qu'il faut trouver. Dès le début, son but était de « faire apparaître le monde de la vie comme la présupposition nécessaire du monde scientifique qui s'édifie sur sa base »[52].

Cette apparition demande une attitude phénoménologique et Husserl a développé la méthode phénoménologique pour identifier les noyaux structurels de l'expérience humaine[53]. C'est l'attitude phénoménologique qui va nous conduire vers le phénomène, non à partir de ce que l'on pense dans une attitude naturelle, mais en fonction de ce qui va se montrer. Ainsi, il faut une *réduction* pour que le phénomène puisse se montrer et pour qu'on puisse le saisir dans sa dimension intentionnelle. Cela implique un changement, dans le cas particulier du chercheur, dans la mesure où celui-ci doit suspendre tout jugement a priori, mettre de côté ses pensées, ses idées et même ses valeurs pour mettre en lumière le phénomène en tant que tel. Ce mouvement, souvent appelé d'*époché*, est considéré comme une condition indispensable pour une méthode phénoménologique et l'un des concepts le plus essentiel chez Husserl.

Ces remarques introductives puisque nous n'avons pas l'intention de développer la phénoménologie de Husserl, ont été mentionnées pour situer ses aspects principaux et son intérêt comme base pour une méthode de recherche et afin de nous fournir des fondements pour exposer, par la suite, la méthode avec laquelle nous avons développé nos recherches. On peut dire que Husserl a vraiment proposé un projet méthodologique avec des apports conceptuels et des voies pour accéder à la connaissance. Cependant, il nous semble que l'on ne peut pas simplifier la démarche ; il faut au moins accepter une transition, un passage, de la phénoménologie philosophique vers la recherche empirique en psychologie et psychopathologie, au risque parfois de « trahir » Husserl. Autrement dit, il faut admettre qu'il y a eu un processus d'approximation et un dialogue qui a permis de formuler des modes de recherche phénoménologiques inspirés dans la phénoménologie husserlienne. Ce travail a été effectué d'abord et surtout par les psychologues aux États-Unis tout au long des années 1960-1970 et se maintient au sein de la Duquesne University. Amedeo Giorgi est d'ailleurs souvent reconnu comme le fondateur de l'approche phénoménologique descriptive dans la psychologie qualitative[54]. Dans ce champ, nous pouvons citer encore, en dehors de ce qui a déjà été

[52] F. Dastur, *op. cit.*, p. 35.
[53] J. Smith, P. Flowers, M. Larkin, *op. cit.,* 2009, p. 13.
[54] M. Englander, *op. cit.*, p. 02.

mentionné, le travail de Ashworth[55], en Angleterre, qui a fourni des bases pour une investigation du monde vécu en mettant l'accent sur la santé et sur l'éducation et aussi le travail de Galagher[56] et de Varela [57] allant dans le sens d'une approximation de la phénoménologie vers la psychologie dans un contexte lié principalement aux travaux des psychologues cognitivistes et neuro-scientistes, parmi d'autres.

La méthode phénoménologique se propose, d'une façon générale, d'accéder au vécu du sujet à partir du récit d'une expérience[58]. Il s'agit d'un outil dirigé vers l'expérience, d'une ouverture à l'autre et à son expérience qui doit être souvent (re)visitée. En utilisant les mots de Merleau-Ponty, la vraie philosophie, et nous pourrions dire ici la vraie méthode phénoménologique, « est de rapprendre à voir le monde, et en ce sens une histoire racontée peut signifier le monde avec autant de 'profondeur' qu'un traité de philosophie »[59] - un moyen de révélation du monde, d'approximation de l'expérience et de compréhension du vécu.

2.1. La méthode phénoménologique critique

En ce qui concerne notre thèse proprement dite, nous avons utilisé la méthode phénoménologique critique (ou mondaine) de recherche proposée par Moreira[60] et dirigée vers la recherche en psychopathologie ; cette méthode s'inspire, à la différence de la plupart des méthodes phénoménologiques qui sont alliées à la phénoménologie de Husserl, de la phénoménologie de Merleau-Ponty, mais présente aussi une adaptation de l'analyse phénoménologique proposée par Giorgi. Ce choix n'est pas aléatoire et est justifié du fait de la convergence théorique avec une méthode qui s'inspire des travaux de Merleau-Ponty pouvant nous fournir des bases de réflexion et nous conduire vers nos objectifs de recherche. Il s'agit d'une méthode éminemment ambiguë qui se présente comme une alternative pour la recherche en psychopathologie[61] pour autant qu'elle met en scène le *Lebenswelt* dans

---

[55] Voir Ashworth, P., « An approach to phenomenological psychology: the contingencies of the lifeworld ». *Journal of Phenomenological Psychology,* 2003, vol. 34, n° 2, p. 145-156.

[56] Voir S. Gallagher, « Phenomenology and experimental design toward a phenomenologically enlightened experimental science ». *Journal of Consciousness Studies* ,2003, vol. *10*, n° 9-10, p. 85-99.

[57] Voir F. J. Varela, « Neurophenomenology: a methodological remedy to the hard problem ». *Journal of Consciousness Studies,* 1996, vol. 3, n° 4, p. 330–350.

[58] M. M. Amatuzzi, « Pesquisa fenomenológica em psicologia », in *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas*, org. par M. Bruns, A. Holanda. São Paulo : Ômega, 2001, p. 17.

[59] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », 1945, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010, p. 672.

[60] V. Moreira, « O método fenomenológico de Merleau- Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatologia ». *Psicologia*: *Reflexão & Crítica,* 2004, vol. 17, n° 3, p. 447-456; V. Moreira, *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica.* São Paulo : Annabulme, 2009.

[61] V. Moreira, « From essence to *Lebenswelt* as a method in phenomenological psychopathology », *Estudos de Psicologia*, 2016, vol. 33, n° 3, p. 406.

l'expérience psychopathologique en tant qu'un « mouvement constant de réversibilité entre le patient, la maladie, le clinicien et le monde »[62].

Le choix d'une méthode inspirée par la phénoménologie de Merleau-Ponty entraine des implications au niveau épistémologique. Même s'il suit Husserl dans son parcours phénoménologique, Merleau-Ponty assume une position critique et réflexive par rapport à lui et développe une philosophie ayant ses propres caractéristiques. Un premier point que nous pourrions détacher est sa critique de l'idéalisme transcendantal husserlien. Pour Merleau-Ponty, la phénoménologie ne peut être une étude des essences que dans la mesure où elles sont situées dans l'existence et en considérant la facticité de l'homme et du monde. Cette considération implique le mode de voir le phénomène qui se présente et le parcours qu'on suit au niveau de la recherche ; il ne s'agit plus de chercher l'essence de l'expérience hyperphagique dans une visée transcendantale mais d'essayer de comprendre le vécu hyperphagique dans sa condition d'ancrage et de constitution *dans* et *par* le monde.

La phénoménologie apporte une vision du monde et une voie pour le comprendre. La description et la réduction sont, dans cette méthode, les éléments clés de la révélation de ce monde[63]. On considère qu'une grande partie de la phénoménologie se présente en tant que descriptive avec le but de comprendre comment le phénomène se présente pour la conscience et la description a la tâche d'élucider ce processus – il s'agit de l'usage du langage pour articuler les objets intentionnels de l'expérience[64]. Si l'on prend la description dans un sens merleau-pontien, elle se pose comme le chemin pour le dévoilement d'un sens qui transparaît à l'intersection de l'expérience du sujet et de celle d'autrui. La subjectivité est vue comme intersubjectivité dans un mouvement de prise de sens. En refusant l'existence d'un homme intérieur, Merleau-Ponty reconnaît la condition inaliénable de l'homme d'être au monde[65]. Ainsi, il n'y a pas une compréhension de l'homme qui ne soit pas ancrée dans le monde, notre monde.

La description permettrait un retour aux choses elles-mêmes ce qui ne peut être accessible que par une méthode phénoménologique ; toutefois il ne s'agit pas d'un retour à l'essence de ce qui se présente à la conscience mais à l'expérience du monde, à « ce monde avant la connaissance dont la connaissance parle toujours, et à l'égard duquel toute détermination scientifique est abstraite, significative et dépendante »[66]. Précédant toute tentative d'expliquer ou d'analyser, le point de départ est la description du phénomène qui porte le monde et le sujet dans une gamme de significations. Il s'agit donc d'un tissu charnel qui porte le sujet dans le monde. Décrire revient à chercher le sens donné par le sujet dans sa condition *mondaine*[67].

---

[62] Cf. *Ibid*., p. 408.
[63] V. Moreira, *op. cit.*, 2004, p. 450.
[64] A. Giorgi, « The Descriptive Phenomenological Psychological Method ». *Journal of Phenomenological Psychology*, 2012, vol. 43, p. 6.
[65] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 661.
[66] Cf., *Ibid.*, p. 659.
[67] Cette expression sera utilisée dans le sens de considérer la condition du sujet d'être toujours dans le monde. Il s'agit de comprendre le sujet à la fois comme constitué par le monde et constituant de ce monde.

Si la recherche de la signification de l'expérience est toujours l'objectif des recherches phénoménologiques, le mode de compréhension de cette signification est différent dans une méthode phénoménologique critique. D'après Moreira [68], elle doit être une compréhension mondaine, éminemment critique, dans la mesure où les déterminations fermées sont refusées en fonction de la compréhension de l'expérience, dans ce cas expérience hyperphagique, déterminée par des aspects endogènes, culturels et situationnels. Pour appréhender l'expérience dans ce sens, il faut un point de vue ambigu, critique et, surtout, qui refuse les explications causales.

En ce qui concerne la réduction phénoménologique, elle se présente comme artifice pour atteindre la réalité, pour pouvoir se mettre devant le phénomène en étant le plus libre possible vis à vis des jugements et des considérations préalables. On cherche à s'éloigner de nos expériences pour s'approcher de l'expérience de l'autre en tant que tel, en permettant ainsi son apparition, son expression et son dévoilement. Ce mouvement se justifie aussi en fonction de notre ancrage dans le monde et de notre impossibilité d'être en dehors du monde pour pouvoir le comprendre. D'après Paillé et Muchielli[69], il s'agit d'une écoute de l'altérité, d'une ouverture à l'autre dans son expression entière impliquant, d'une certaine façon, une perte de soi pour faire face à l'autre, un accueil de l'inconnu qui peut permettre le dégagement du déjà connu.

Merleau-Ponty reconnaît l'importance de la conception de Husserl par rapport à la réduction phénoménologique considérée par lui comme « le retour à une conscience transcendantale devant laquelle le monde se déploie dans une transparence absolue »[70]. Il considère la position de Husserl comme un idéalisme transcendantal dont la vérité universelle pourrait être atteinte à travers un ego transcendantal. La critique de Merleau-Ponty, ou son malentendu avec Husserl par rapport à la réduction, est centrée sur la croyance naïve de pouvoir rompre la familiarité avec le monde. Pour Merleau-Ponty, cette rupture, bien que désirable, n'est pas tout à fait possible et « Le plus grand enseignement de la réduction est l'impossibilité d'une réduction complète »[71]. Or, nous sommes tellement ancrés dans le monde qu'il faut un artifice d'éloignement pour le saisir. Néanmoins, le même argument pour proposer une réduction définit son refus en tant que mouvement qui ne peut pas être complet. C'est notre ancrage qui à la fois exige et empêche la réduction. Donc si elle ne peut pas être complète, à quoi peut-elle nous servir ?

Il faut toujours rappeler que la méthode phénoménologique de recherche est une modification de la méthode philosophique[72], soit de celle de Husserl, soit, dans notre cas, de celle de Merleau-Ponty. Il ne s'agit pas d'une transposition immédiate, mais d'un travail d'utilisation de la fécondité d'un domaine « appliqué » à l'autre. La réduction est au centre de la phénoménologie et cela ne peut pas être

[68] V. Moreira, *op. cit.*, 2004, p. 450.
[69] P. Paillé, A. Muchielli, *op. cit*., 2012, p. 143.
[70] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 661.
[71] Cf. *Ibid.*, p. 664.
[72] A. Giorgi, « Phenomenological Philosophy as the Basis for a Human Scientific Psychology ». *The Humanistic Psychology*, 2014, vol. 42, p. 245.

différent au niveau méthodologique. En tant qu'artifice, la réduction est indispensable pour révéler le monde. Cela veut dire que le monde et les phénomènes ne sont pas transparents ou encore que notre regard peut être diffus. Ainsi, il s'agit d'un essai d'éloignement - de soi-même et du monde - qui ne veut qu'une « approximation ». Autrement dit, pour s'approcher du phénomène en tant que tel il faut mettre hors-jeu, le plus possible, tout ce qu'on sait déjà sur lui. La réduction nous permet de se défaire de l'illusion « d'un tout savoir » pour autant qu'elle nous incite à poser des questions : c'est à la fois la richesse et la difficulté de la phénoménologie.

Merleau-Ponty[73] évoque Eugen Fink comme celui qui a proposé la meilleure formule de la réduction en la présentant comme un « étonnement » devant le monde. Il propose de récupérer la capacité de s'étonner et conseille de reconnaître que pour voir le monde il faut « douter » de tout ce qu'on prend déjà comme source de réponses dans une attitude naturelle. Lorsque Merleau-Ponty affirme que la réduction « distend les fils intentionnels qui nous relient au monde pour les faire apparaître »[74], il reconnaît à la fois l'importance d'une ouverture pour le dévoilement des expériences et l'impossibilité de rompre avec le monde. En reconnaissant l'impossibilité d'une réduction complète, on se maintien dans la sphère humaine et dans la position d'un questionnement constant face à l'inachèvement de l'existence et de l'insuffisance de réponses. Au niveau méthodologique, envisager la réduction signifie la tentative d'incorporer un moment où ce qui est le propre de l'expérience de l'autre peut se montrer sans être analysé aussitôt par le chercheur.

2.2. Le cadrage et les contextes de la recherche

En termes d´échantillons de recherche, vingt entretiens ont été réalisés. Sur ce nombre, dix entretiens ont été effectués avec des personnes de nationalité brésilienne, résidant à Fortaleza ou dans la région métropolitaine, et dix autres avec des personnes habitant à Paris ou dans la région parisienne. À Fortaleza, cinq entretiens ont été réalisés dans le PRONUTRA (Programa Interdisciplinar de Nutrição aos Transtornos Alimentares e Obesidade), service créé à l´Université de Fortaleza, et cinq dans le CETRATA (Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares) qui fonctionne à l'Université Federale do Ceará. Les deux sites d'Etudes et de Recherches correspondent à un projet d´extension visant la prise en charge des patients souffrant d'un trouble alimentaire sans ou avec obésité. La sélection des patients a été faite à partir de la suggestion de l'équipe interdisciplinaire qui, pendant toute la période d'insertion dans le programme de recherche, nous indiquait les patients adéquats en fonction des critères d'inclusion. À Paris, les entretiens se sont déroulés dans le Service de Médecine de l'Obésité de L'Hôpital Pitié-Salpêtrière. Pendant quelques semaines, nous avons reçu des patients dans une salle destinée à cette recherche. L'une des endocrinologistes du service, en accord avec toute l'équipe, était

[73] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 664.
[74] *Ibidem.*

la responsable qui nous envoyait des patients, ce qui se passait généralement après ses consultations et à partir des patients venus la consulter. Il faut dire que, dans le cas des entretiens à Paris dans ce service, nous avons réalisé un total de vingt-six entretiens, mais seuls dix patients ont été sélectionnés car les autres, bien qu'obèses, n'avaient jamais présenté d'expérience hyperphagique.

Les critères d´inclusion pour participer à la recherche ont été les suivants : 1) avoir plus de dix-huit ans ; 2) faire un traitement psychologique et/ou psychiatrique ; 3) participer activement à des programmes de traitement des troubles alimentaires ou effectuer une sorte d´accompagnement nutritionnel ou de contrôle du poids. En ce qui concerne le genre, nous n'avons pas pu établir un critère spécifique. Ainsi, l'échantillon a été aléatoire avec, la plupart du temps, des patients du sexe féminin (80%).

2.3. Considérations éthiques

Tous les sujets-collaborateurs ont rempli et signé spontanément un formulaire de consentement éclairé[75] suite à une explication des objectifs de la recherche. En ce qui concerne les procédures éthiques de la recherche avec des êtres humains, cette recherche a suivi les orientations de chaque institution et de chaque pays. Dans le cas spécifique du Brésil, elle a été approuvée par le Comité d'Éthique en Recherche (CEP) et est enregistrée sous le n° 59438216.6.0000.5052, un processus qui a englobé les deux institutions où les entretiens ont été faits. En France, après l'accord de l'équipe responsable, la seule exigence a été l'utilisation du formulaire de consentement éclairé.

2.4. L'entretien phénoménologique en tant qu'instrument de recherche clinique

Des entretiens semi-structurés ont été utilisés comme instrument de recherche. Dans le cadre d'une recherche qualitative, cet instrument nous donne des outils pour accéder d´emblée à ce qui se passe avec le sujet. On comprend qu´il soit possible d'atteindre en profondeur l'expérience du sujet en question dans la mesure où les entretiens sont pratiqués correctement et avec rigueur. Nous avons décidé de les nommer « entretiens cliniques » en fonction de leur double dimension : 1) l'entretien, avec des questions visant la description du vécu ; 2) l'attitude clinique et phénoménologique que le chercheur doit assumer lors de la rencontre avec les patients. Ces critères de choix méthodologique ont été choisis car ils permettent de comprendre que ces « entretiens cliniques » sont capables d'élucider l'expérience hyperphagique dans l'obésité sous plusieurs biais.

[75] Voir les annexes 1, 2 et 3.

La base de ces entretiens est une approche phénoménologique de recherche, c'est-à-dire que ces entretiens se proposent de permettre de comprendre les significations de l'expérience vécue des patients. Ainsi, nous avons posé deux questions de base en cherchant la description de l'expérience : 1) *Comment c'est pour vous d'être obèse* ? 2) *Comment c'est pour vous manger* ? Pour faciliter la compréhension de ces questions par des patients de différents niveaux culturels, nous avons fait l'option d'utiliser le langage le plus courant possible. La première question vise le contact avec l'expérience d'être considéré obèse, soit par le patient lui-même, soit par les autres. Il s'agit de prendre contact avec la dimension de l'être, de l'obésité en tant que mode d'être-au-monde. La deuxième question essaie d'élucider l'expérience proprement dite de « manger », - c'est-à-dire comment les patients ressentent cet acte -, et de s'approcher d'une possible description de l'expérience hyperphagique. À partir de leurs réponses d'autres questions ont été aussi posées avec l'intention d'approfondir leurs récits et d'éclairer quelques points, mais toujours en respectant le mouvement de chaque participant et le processus naturel de dévoilement de l´expérience vécue.

2.5. Les étapes de l'analyse phénoménologique

L'analyse des entretiens a suivi la procédure phénoménologique, proposée par Moreira[76], mettant l´accent sur la recherche en psychopathologie. Les étapes suivantes ont été respectées :

1) *Transcription littérale de l'entretien :*

Cette première étape est importante car elle a pour but de transcrire littéralement les paroles des sujets-collaborateurs. En outre, il est également important de marquer et de décrire les aspects non verbaux, comme des moments de pleurs, par exemple, ou même des pauses pendant le discours. Pour rendre cela possible, et en tenant compte de l'expérience intersubjective qui se produit au moment des entretiens, ces entretiens ont été transcrits par le chercheur. Dans le cas des entretiens en portugais, ils ont été traduits en langue française en respectant au maximum les nuances propres à chaque langue.

2) *Division de chaque entretien selon ses mouvements, en suivant le « ton » :*

Dans cette deuxième étape, à partir du texte d'origine, une division par thèmes du phénomène étudié est faite. Il est important de souligner que d'autres aspects qui apparaissent, différents de l'objet de la recherche, doivent également être pris en compte. C'est le moment de

[76] V. Moreira, « O método fenomenológico de Merleau- Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatologia », *op. cit*., p. 452.

comprendre quels sont les problématiques qui se sont montrées et cela nous fournit les directions jusqu`à l'étape suivante.

3) *Analyse descriptive des significations émergentes des mouvements :*

Cette étape de l'analyse est le moment où les thèmes qui sont ressortis sont discutés et structurés autour de ce que nous appelons des catégories phénoménologiques. L'objectif est, à travers ces catégories, de décrire phénoménologiquement tout ce qui s´est dévoilé pendant les entretiens. Nous allons rassembler dans des catégories aussi bien des aspects en commun que les expériences possibles qui ne sont pas "répétées" ou même qui se sont avérées similaires, comme par exemple quelque chose décrite par l'un des interviewés en question. Dans cette étape, exposée dans l'analyse des résultats (Chapitre 7), nous maintiendrons les deux contextes de recherche indépendants, c'est-à-dire que nous analyserons séparément les entretiens réalisés en France et ceux réalisés au Brésil . À ce moment, même si quelques interlocutions théoriques peuvent être établies, l'objectif principal est de nous maintenir de façon très strictes aux contenus des entretiens et aux significations présentes.

4) *Discussion comparative, « Quitter des parenthèses »:*

Toutes les étapes précédentes sont traversées par l'artifice de la réduction phénoménologique. Dans cette dernière étape, le mouvement est inverse. Ici, nous quittons les parenthèses, c'est à dire que toutes les idées, les préjugés, et en particulier les discussions scientifiques que nous cherchions à mettre de côté, sont reprises avec comme but de faire dialoguer l'expérience des patients avec les cadres théoriques qui nous ont soutenus. Cette étape sera développée dans la discussion des résultats (Chapitre 8) et elle aussi un but « comparatif » pour les deux contextes de notre recherche.

Partie I - L'EXPÉRIENCE HYPERPHAGIQUE ET L'OBÉSITÉ : HISTOIRE, LIMITES ET (IN)DÉFINITIONS

L'itinéraire d'une recherche est choisi en fonction du sujet lui-même, des choix du chercheur et de l'amplitude que l'on veut atteindre. Pour comprendre l'expérience hyperphagique et l'obésité, nous estimons qu'un « retour » historique[77] est nécessaire afin de permettre de bien différencier ces phénomènes et de mieux les comprendre. Ce retour sur l'historique est présenté ici dans le sens d'un parcours intentionnellement choisi qui est justifié par l'espoir de parvenir à une clarification du sujet. Autrement dit, ce retour historique devrait corroborer notre hypothèse à savoir que les changements, tout au long de l'histoire, par rapport au corps, à la beauté, à la maladie mentale et à la santé conditionnent les modes de présentation et la façon de se voir, donc concernent en particulier l'expérience hyperphagique et l'obésité. Dans cette partie, nous travaillerons selon deux axes distincts : le corps et la psychiatrie. L'importance progressive du corps au cours de l'histoire et le fait que la psychiatrie a conduit à instaurer des discours par rapport aux troubles alimentaires et à l'obésité justifient ce choix.

Cette partie est divisée en deux chapitres. Dans le premier, nous ferons quelques remarques sur l'histoire du corps et aussi sur celle de l'obésité et de l'hyperphagie. Nous verrons ensuite comment le corps change, le rôle de ces changements et le « mode de les voir » mais aussi ce qui bouleverse ces modes de présentation et le statut du corps lorsqu'il s'agit d'un « corps gros » et d'un « trop manger ». Dans le deuxième, nous aborderons tout d'abord l'« évolution » de l'approche psychiatrique de l'expérience hyperphagique et de l'obésité; ensuite, nous signalerons quelques éléments spécifiques de l'obésité comme son épidémiologie, ses (in)définitions et, pour finir, ses possibles relations et sa spécificité lorsqu'il s'agit d'une expérience hyperphagique.

[77] Lorsque nous faisons référence à l'histoire, il s'agit surtout de l'histoire de la société occidentale.

Chapitre 1 - Remarques historiques sur le corps et leur relation avec les troubles alimentaires et l'obésité

Il nous a paru indispensable d'orienter notre thèse en tenant compte de la dimension historique du corps afin de mettre en évidence l'évolution de la perception et du regard porté sur celui-ci. Il ne s'agit pas de chercher les explications causales susceptibles d'expliquer les conséquences observées actuellement sur le corps mais de mettre en évidence le processus des divers changements qui ont conduit au statut actuel du corps contemporain. L'histoire est ici une alliée non seulement pour la compréhension du présent mais aussi, dans une certaine mesure, pour la prospection de futur. Parcourir l'histoire du corps est un chemin très long qui exigerait de refaire tout le parcours de l'histoire de l'humanité puisque le corps a été présent, avec des rôles et des configurations différentes, depuis toujours ; nous nous bornerons donc à rappeler ici l'essentiel. Notre approche historique du corps a pour but de mettre en évidence quelques points majeurs qui illustrent le regard, les représentations et la dynamique relatifs au vécu du corps. Ces remarques visent à suggérer que les changements historiques, liés au corps et à la façon de se nourrir, survenant parfois de façon brutale, ont un retentissement sur les modes de manifestations des troubles alimentaires et de l'obésité et aussi sur leur intensité

La particularité propre au corps réside dans le fait qu'il s'agit d'une expérience qui est toujours à la frontière entre le social et le sujet. Le corps est à la croisée de la référence subjective et de l'expérience sociale constituant l'enveloppe individualisée de la norme collective[78]. Ceci accentue la puissance de l'histoire sur le corps et ainsi atteint le sujet corporel lequel est marqué par ces changements historiques et culturels. Il faut dire aussi qu'on ne peut pas dissocier l'histoire du corps de celle du regard porté sur lui. Ce mode de regarder est dû aux discours instaurés historiquement avec leurs diverses particularités et conditionne notre mode de regarder le corps de l'autre mais aussi notre propre corps.

Notre discussion suivra surtout l'itinéraire proposé par Georges Vigarello, Alain Corbin et Jean-Jacques Courtine dans les trois tomes du livre *Histoire du Corps* mais aussi, en ce qui concerne plus spécifiquement l'histoire de l'obésité, nous ferons référence au livre *Métamorphoses du gras* de Georges Vigarello. Le présent chapitre contiendra trois parties[79]. La première évoquera quelques aspects de l'émergence et de la mise en scène inédite du corps dans la modernité en mettant l'accent sur l'accentuation dans la contemporanéité d'un sujet,

[78] A. Corbin, A., J-J. Courtine, G. Vigarello, « Préface », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, org. par. G. Vigarello. Paris : Éditions du Seuil, 2005, p. 11.

[79] Toutes les parties de ce chapitre se limitent à des éléments généraux de l'histoire du corps, de l'obésité et du « trop manger » en Occident avec l'intention de présenter quelques marques historiques significatives capables d'élucider ses phénomènes.

que nous nommerons corporel. Ensuite, nous aborderons l'apparition historique de l'obésité en montrant comment, peu à peu, elle est devenue un phénomène présent, bien connu et qui devait être évité. Dans la troisième partie, nous étudierons l'historique de l'hyperphagie en essayant de comprendre comment ce mode d'être est apparu et comment il a été observé et jugé historiquement.

1.1. De l'émergence du corps moderne au sujet (corporel) contemporain

Le corps dans la modernité a vécu une mise en scène inédite. La beauté par exemple a pris de plus en plus d'importance et a gagné en consistance et en immédiateté. De la Renaissance aux Lumières il y a eu une double tension ébauchant le statut actuel : accentuation des pressions collectives et, en même temps, du besoin d'affranchissement individuel. Etre assujetti et vouloir s'affranchir sont deux dynamiques intriquées qui ont donné au corps moderne un profil spécifique[80]. Le corps a été mis en scène et « a vécu », à partir de la Renaissance, une « singularisation », mais celle-ci était très liée à la tension sociale et collective. Comme dans d'autres périodes, la conscience du corps ne pouvait pas être séparée de l'imaginaire de la vie et de la vision du monde qui, dans ce cas, avaient d'abord une dimension religieuse.

Influencé encore par la période antérieure, le corps moderne était lieu et enjeu de l'expérience religieuse en tant que référence permanente au cœur du mystère chrétien[81]. Ce corps était la voie de rédemption, mais aussi source de tentations contre lesquelles il fallait lutter. Le corps était à l'origine du péché et devait être sans cesse surveillé et contraint[82]. Bien qu'il s'agisse d'un changement très lent, il y a eu des modifications perceptibles tout au long des siècles modernes par rapport aux représentations du corps. L'image imposée était double : l'individu avait son propre corps, un « nouveau » corps qui avait émergé à partir de sa naissance, mais aussi un corps solidaire du corps collectif de sa propre lignée. Le but de l'Eglise était de chaque fois plus soustraire ce corps individuel à l'influence du corps communautaire afin de préparer les fidèles pour la vie en communauté sous les règles chrétiennes [83].

[80] G. Vigarello, « Introduction », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, *op. cit.*, p. 13.
[81] J. Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré », in Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières, *op. cit.*, p. 18-19.
[82] *Ibid.*, p. 53.
[83] *Ibid.*, p. 107.

À la différence de ce que l'Église imaginait jusque-là, à partir du XVIe siècle, la nouvelle vision du monde[84] et du corps a traduit une évolution de la mentalité. L'homme commence alors à s'interroger sur le sens de sa vie et sur son devenir. Son horizon s'est élargi et cela a engendré des interrogations sur le corps. Quelle est la fonction des organes ? Comment se soigner pour échapper à la mort le plus longtemps possible ? Ces questions montraient un nouveau souci de soi, souci en relation avec son propre corps, et représentaient une demande de soins encore sans réponse à cette époque. Une nouvelle conscience émergeait et les discours de l'Église et de la science étaient de moins en moins conciliables ; les réponses données par l'Église étaient insuffisantes face à la nouvelle demande due à la prise de conscience de ce qu'est la vie et son devenir. Cela explique qu'à partir du XVIe siècle le but était de conserver le corps en santé et de le préserver le plus longtemps possible[85] des aléas conduisant à la mort. La science, dès lors, « remplace » de plus en plus le rôle régulateur de l'église.

On observe donc un changement des représentations du corps mais très ambigu. Avec la Renaissance est apparu un autre temps du monde caractérisé par l'affirmation d'une conscience très différente du corps. En s'arrachant au grand corps collectif, le sujet a payé le prix de son émancipation. Le corps a été placé au premier plan des préoccupations du sujet lequel devait donc assumer la lourde tâche, jusque-là réalisée par l'assistance de la lignée, à savoir être protégé, soigné et mis le plus longtemps possible à l'abri de la fin inéluctable. Si la foi s'était maintenue elle aurait pu « aider » l'homme à affronter la solitude mais avec cette mise en question, celui-ci s'est retrouvé face à lui même[86]. Bien que le corps « individualisé » du sujet ait commencé à se manifester, il était encore souvent méprisé et occulté. Sa glorification n'était obtenue que dans la mesure où il faisait masse avec le collectif, soit la corporation, soit la communauté, soit l'Église par l'intermédiaire du corps du Christ[87]. Ce sujet corporel se montrait, mais encore et, peut-être, toujours, attaché au corps collectif. Le désir d'émancipation, de particularisation était en scène mais hanté, et parfois « avalé » c'est-à-dire occulté par le poids du social.

La maison et les vêtements fournissent deux exemples de l'ambiguïté vécue par le sujet face à son corps. Ces éléments sont à la fois un abri et la vitrine d'un monde où tout se savait et était jugé ; les apparences du *dehors* disaient beaucoup sur le *dedans*. Le sujet vivait sous le

[84] Les travaux de Copernic, Kepler, Galilée et, ensuite, de Newton peuvent être détachés.
[85] J. Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré », *op. cit.*, p. 109.
[86] *Ibid.*, p. 113.
[87] N. Pellegrin, « Corps du commun, usages communs du corps », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, *op. cit.*, p. 116.

regard de tous et selon un partage caractéristique des collectivités anciennes avec leurs propres codifications. Le corps était identifié au vêtement, puisque celui-ci était la traduction d'une appartenance à un sexe, à une tranche d'âge, à une communauté, etc.[88], à travers une expressivité vestimentaire. Le regard sur le corps devenait chaque fois plus attentif à un corps qui traduisait le langage de l'époque. Courtine souligne l'importance de la physiognomie (art de déchiffrer les langages du corps) entre le XVIe et le XVIIe siècle en tant que formulation systématique : « le regard y est la "porte" ou la "fenêtre" du cœur, le visage le "miroir de l'âme", le corps "la voix" ou la "peinture" des passions »[89]. Le développement de la physiognomie révèle l'importance de l'observance comme attribut de la civilité et renseigne sur l' histoire du regard sur le corps, puisqu'elle «promeut des normes corporelles, établit une définition 'moyenne' de la physionomie, découvre dans la proportion le type idéal de la beauté, repousse sur les marges du regard distorsions, déformations, monstruosités »[90]. La physiognomie a ainsi permis de construire une image du corps[91].

En ce qui concerne la médecine, la santé était vue comme un état d'équilibre, toujours menacé, entre le corps humain, l'univers et la société. Le secret pour conserver une bonne santé consistait à éviter tout excès. Il y avait au XVIIe siècle une convergence, dans la culture populaire, entre la religion, la magie et la médecine. Avec l'arrivée du XVIIIe siècle, l'âge des Lumières, un important développement scientifique de la médecine apparaît. Les progrès de l'anatomie et de la physiologie entrainent une transformation de la représentation « interne » du corps tandis que la science des Lumières cherche à découvrir les lois de la vie[92]. Le corps malade est de plus en plus observé et soumis à des investigations. La maladie est alors vue comme une menace tant pour le corps individuel que pour le corps collectif. De ce point de vue, l'une des marques de la médecine de l'Europe moderne a été le passage d'une réflexion sur l'individu à une réflexion sur le collectif[93].

En traitant des arts, la période de la Renaissance a inauguré la représentation du corps nu, masculin ou féminin, dans les peintures, les sculptures, les gravures et même l'architecture.

[88] *Ibid.*, p. 169.
[89] Cf. J-J. Courtine, « Le miroir de l'âme », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, *op. cit.*, p. 320.
[90] Cf. *Ibid.*, p. 321.
[91] D. Le Breton, « Note anthropologique sur la physiognomonie », in Le visage. Dans la clarté, le secret demeure, *Revue Autrement*, 148, Paris : Ed. Autrement, 1994, p. 171.
[92] R. Porter, G. Vigarello, « Corps, santé et maladies », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumière*, *op. cit.*, p. 384.
[93] *Ibid.*, p. 391.

Cette invasion de la nudité a atteint aussi l'Art sacré[94]. Du début XVIe siècle jusqu'aux dernières décennies du XVIIIe siècle cette glorification du corps dans sa représentation classique a été associée à deux pratiques apparemment étrangères l'une de l'autre , d'une part la science anatomique qui bouleversait les définitions de l'organisme humain dans le sens physique et d'autre part l'institution de règles de comportement ou « civilité », lesquelles cherchaient à fixer et à maintenir une nouvelle représentation du corps socialisé[95]. Ces développements conjoints constituent un processus décisif d'articulation entre le corps et la personne ; dans les deux cas le corps est l'enveloppe de la personne. Néanmoins, la science anatomique suppose une distinction radicale entre le corps et la personne et le savoir-faire de la civilité implique une symbiose entre les divers comportements des individus. Ces deux conceptions reposent sur l'hypothèse que « l'individu n'est pas un corps (auquel il serait identifiable) mais qu'il a un corps (dont il est physiquement dépendant et socialement responsable). Cette distinction fonde sans doute la 'modernité' anthropologique du corps »[96]. Il faut ajouter que cette supposée modernité n'a pas été acquise tout d'un coup puisque jusqu'à la fin du XVIIIe siècle il y a eu une résistance à ces idées.

On doit simplement remarquer qu'il y a eu une construction parallèle et conjointe d'une représentation scientifique nouvelle du corps comme machine et la construction d'une nouvelle représentation culturelle du corps comme support des relations sociales. Ainsi, le corps a-t-il commencé à être mis en évidence en tant que lieu du sujet. Il devient le support et le relais d'expressions et d'expériences extrêmement diverses et, parfois même, apparemment contradictoires. Le corps glorifié a été présenté, surtout au XVIIe siècle, dans sa matérialité, ce qui a produit des réactions diverses. Dans le contexte d'une culture du corps, la civilité recommandait un contrôle de soi et imposait des interdictions. Ceci est bien montré dans les images artistiques qui mettaient en évidence un corps « grossier » avec toute sa matérialité physique. A ces images, qui avaient beaucoup de succès, était associée une recommandation de contrôle (ne pas abuser du manger et du boire) et l'interdiction de certaines pratiques en public (déféquer et uriner)[97].

Le corps et ses actes ont été de plus en plus étudiés ce qui a permis d'apprécier la dimension matérielle et réelle du corps. La glorification classique du corps s'est montrée

[94] Cf. D. Arasse, « La chair, la grâce, le sublime », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, *op. cit.*, p. 447.
[95] *Ibid*., p. 455.
[96] Cf. *Ibid.,* p. 456-457.
[97] *Ibid.*, p. 476.

insuffisante du fait de sa distance par rapport à la réalité de la nature. Du XVIe au XVIIIe siècle, par exemple, il y a eu une fascination pour les images qui contredisaient l'idéalisation du corps en montrant au contraire sa conception mécanique. Il y avait un goût pour tout ce qui pouvait défigurer cette beauté glorifiée[98].

Avec la fin du XVIII me siècle et surtout au XIXe siècle, intervient le regard des médecins sur le corps. Le vocabulaire médical est devenu indispensable et son absence impensable (en fait dès le XVIIIe siècle[99]) car il permet d'orienter la représentation du corps et l' expérience de celui-ci ; avec quelques petites modifications, c'est ce même vocabulaire qui est encore employé aujourd'hui : la naissance de la clinique l'a rendu incontournable. À partir de 1750, en effet, l'observation est devenue l'opération essentielle en considérant le corps comme l'objet principal. La médecine est devenue alors une sorte de guide de lecture du corps et de la maladie. Il s'agissait d'un positionnement qui « s'élabore au sein de la société et en réponse à ses questionnements, et non dans un univers scientifique totalement éthéré »[100]. Autrement dit, si la médecine a un rôle de plus en plus important et orienté, cela est le résultat des demandes posées par la société. Tournée vers l'anatomie et soutenue par l'observation, la médecine permet actuellement la possibilité d'explorations et d'analyses du corps de plus en plus fines et approfondies[101]. Alors que le patient présentait des indices, le médecin donnait un sens à ce qu'il découvrait, les signes, ce qui lui permettait de faire un diagnostic de la maladie. Si la clinique a permis le développement de l'observation et a mis l'accent sur la relation très importante entre le patient et le médecin, l'apparition des examens paracliniques et leur rôle majeur pour le diagnostic en général et pour le diagnostic anatomo-pathologique en particulier a privé le malade de la faculté de se dire malade[102]. Le regard du médecin est devenu moins global et plus centré sur la maladie elle-même au détriment de l'aspect relationnel.

La médecine du XIXe siècle a ouvert un champ de possibilités sans définir une orientation précise - « Le corps qui émerge peu à peu est à la fois un agrégat de cellules mais aussi un organisme animé par des lois physiques et chimiques »[103] - et cela permet de comprendre, encore aujourd'hui, la plasticité, même si elle est tournée vers le corps, du discours médical traduisant le fait que le moral et le physique sont toujours liés. L'influence

[98] *Ibid.*, p. 488-489.
[99] O. Faure, « Le regard des médecins », in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, org. par A. Corbin. Paris : Éditions du Seuil, 2005, p. 15.
[100] Cf. *Ibid.*, p. 17.
[101] *Ibid.*, p. 22.
[102] *Ibid.*, p. 38.
[103] Cf. *Ibid.*, p. 51.

du psychisme, découverte tardive, est aussi l'un des résultats des bouleversements de cette époque. Freud[104] a inversé l'ordre traditionnel dans la mesure où il s'interrogeait sur l' influence du moral sur le physique et non sur celle du physique sur le moral. Le discours médical, orienté vers le corps, a pris une grande importance basée en grande partie sur l'évolution des progrès scientifiques. Cependant, l'un des grandes changements modernes, influencé aussi par le regard des médecins, a été la manière dont la société a commencé à regarder son propre corps. Il s'agit de l'impulsion d'une société de plus en plus obsédée, fascinée, révulsée par le corps et le destin des individus, tout cela aussi sous l'influence de la médecine[105]. Nous pouvons comprendre ici que la médecine ait joué un rôle majeur dans l'intérêt suscité par le corps en fournissant des justifications scientifiques et des outils de contrôle. Quoiqu'il y ait évidemment une « positivité » dans les progrès scientifiques et dans la valorisation par la médecine, il faut reconnaître que le pouvoir médical est une machine qui agit sur le sujet et sur son corps.

La diminution de la pratique religieuse, surtout chez les hommes, due au désenchantement face aux réalités du monde, propre au XIXe siècle, doit être signalé[106]. Ce n'est pas par hasard que cette période a été marquée par la mariophanie (c'est-à-dire l'apparition de la Vierge Marie) et aussi par la mode de la femme religieuse, phénomènes de société qui ont influé de plus en plus sur l'imaginaire du corps[107]. En ce qui concerne l'Art, l'imagination a été, en grande partie, remplacée par le nu qui n'a jamais été aussi présent dans les peintures et les sculptures qu'au XIXe siècle[108] ; si l'Art a mis en scène le nu, dans la vie quotidienne il a été caché soigneusement, en particulier la mode féminine a imposé une pudeur exagérée. La représentation réaliste du corps a pris une grande place aussi du fait de l'invention de la photographie à partir de 1839 et de son développement rapide. Tous ces changements ont considérablement affecté les habitudes artistiques et visuelles[109]. Enfin la question de la sexualité ne peut pas être occultée car c'est au cours du XIXe siècle et surtout du XXe siècle que cet aspect de la vie a été étudié puis révélé aux médias. Les discours sur les connaissances relatives au corps et au sexe ont proliféré et le corps a été soumis « à une insatiable volonté de savoir qui tout à la fois stimule le désir et assure son contrôle selon une subtile technologie de

[104] Voir S. Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905. Paris : Flammarion, 2011.
[105] *Ibid., p.* 52.
[106] A. Corbin, « L'emprise de la religion », in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 53.
[107] *Ibid.,* p. 62.
[108] Werner, H. « Le regard des artistes », in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 94.
[109] *Ibid.*, p. 107.

pouvoir »[110]. La science, dans ce domaine, a dépassé la religion en proposant une nouvelle conception du désir[111] avec, malgré tout, des impératifs moraux. Autrement dit, la science a bouleversé les relations traditionnelles sur ce plan et a inventé ainsi ce qui deviendra ses propres péchés et imposé la direction à suivre. Autrement dit, il y a une moralité du discours médical sur la sexualité.

Le corps est devenu de plus en plus visible ce qui entraîne un certain nombre de risques : « l'histoire du corps est indissociable de celle du regard que l'on porte sur lui »[112]. L'acte consistant à regarder le corps a pris une importance considérable, et une progression, en fonction du temps, des différentes façons de regarder le corps a été observée. Cette visibilité de son corps par l'homme, qui correspond à un certain degré de liberté puisque des tabous sont levés, a pour corollaire une contrainte due à la surveillance du comportement nécessitée par la vie en société : l'homme est donc affecté par la visibilité de son corps et par la surveillance indispensable qui en résulte.

Le passage du XIXe au XXe siècle n'a pas seulement signifié un changement chronologique, il a permis une redéfinition de la relation du sujet avec son propre corps[113]. D'après Merleau-Ponty,

> Notre siècle a effacé la ligne de partage du "corps" et de l'"esprit" et voit la vie humaine comme spirituelle et corporelle de part en part, toujours appuyée au corps. (…) Pour beaucoup de penseurs, à la fin du XIX siècle, le corps, c'était un morceau de matière, un faisceau de mécanismes. Le XX siècle a restauré et approfondi la question de la chair, c'est-à-dire du corps animé[114].

L'exploration merleau-pontienne du corps n'est pas anodine. Elle montre l'importance du corps et l'augmentation de l'intérêt qui est porté à ce dernier au cours du XXe siècle en mettant l'accent sur l'expérience préréflexive du corps, sur le corps vécu, loin d'une logique dualiste. Il s'agit là de l'un des sujets centraux des travaux de Merleau-Ponty que nous utiliserons aussi comme référence majeure dans cette thèse[115].

---

[110] Cf. A. Corbin, « Le rencontre des corps, » in *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 151.
[111] *Ibid.,* p. 153.
[112] Cf. Corbin, A. *op. cit.,* p. 211.
[113] J.-J Courtine, « Introduction », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, org. par J-J. Courtine. Paris : Éditions du Seuil, 2005, p. 7.
[114] Cf. M. Merleau-Ponty, « L'homme et l'adversité », 1951, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*, pp. 1377-1397, Paris, Gallimard, 2010, p. 1380.
[115] Voir Partie II de cette thèse.

On peut se risquer à ajouter que le corps a été inventé « théoriquement » au XXe siècle[116]. Cette invention est due à Freud qui, lorsqu'il a essayé de déchiffrer l'hystérie de conversion, a posé la question de l'inconscient et de son expression à travers le corps. Le corps et son image ont commencé, dès lors, à être pris en compte dans la formation du sujet. Ensuite Husserl[117], par ses travaux, a reconnu dans le corps l'origine de toute signification. L'influence de cet auteur est encore fondamentale pour tout le mouvement phénoménologique, et aussi existentiel, avec des disciples importants, comme justement le philosophe Merleau-Ponty, mais aussi beaucoup d'autres. Enfin, Courtine signale une troisième étape de la découverte du corps, dans le champ de l'anthropologie, avec Mauss[118]. Il faut ajouter à cela la résistance structuraliste, avec son obsession linguistique, et la voix des femmes qui, au début des années 1970, ont revendiqué leurs droits et crié - « Notre corps nous appartient ! » - expression encore actuelle, nécessaire et utilisée. Une telle exploration du corps est différente de celle utilisée par les sciences naturelles, puisqu'elle a recours soit à la psychanalyse, soit à la phénoménologie, soit à l'anthropologie.

Tout ce que nous venons d'évoquer , et il y aurait encore bien des choses à ajouter mais cela alourdirait ce texte, permet de prendre conscience du bouleversement des idées par rapport au corps survenu au XXe siècle : « jamais le corps humain n'a connu de transformations d'une ampleur et d'une profondeur semblables à celles rencontrées au cours du siècle qui vient de s'achever »[119]. Il s'agit d'un processus complexe, encore en mouvement, de mutations historiques vécues par le sujet contemporain dans sa relation avec son corps. Ce corps, mon corps, est-il toujours mon corps ? Il est chaque fois plus difficile de répondre à cette question surtout dans un siècle plein de paradoxes et de contrastes. Pour compléter ce que nous venons d'exposer sur l'historique de la notion de corps, nous signalerons quelques points spécifiques dont le rapport du corps avec la médecine au XX e siècle.

Le droit à la santé[120], l'accès aux soins médicaux ont conduit à un processus de médicalisation sans équivalent. Alors que le maître mot du XVIIIe siècle était le bonheur, et celui du XIXe siècle la liberté, celui du XXe siècle est la santé[121]. La médecine a pris une

[116] Cf. J-J. Courtine, *op. cit.*, p. 7.
[117] Voir E. Husserl, *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*, 1913. Paris: Gallimard, 1950.
[118] Voir M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF, 1950.
[119] Cf. J -J. Courtine, *op. cit.,* p. 9.
[120] L'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu en 1949 le droit à la santé comme une préoccupation et un nouveau droit de l'homme.
[121] A. M. Moulin, « Le corps face à la médecine », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle op. cit.*, p. 17.

nouvelle orientation, celle d'un guide de vie avec des règles de conduites, des censures et des recommandations autrement dit une orientation vers la prévention des maladies. Toutefois ce mouvement a rencontré des limites du fait de la résistance de la population qui, ayant conquis une certaine liberté, ne voulait pas perdre son autonomie. D'après Moulin, « L'histoire du corps au XXe siècle est celle d'une dépossession et d'une réappropriation qui aboutira peut-être un jour à faire de chacun le médecin de soi-même, prenant l'initiative et les décisions en toute connaissance de cause »[122]. Si la question de la santé s'est trouvée sur le devant de la scène, la maladie, par voie de conséquence, s'est montrée en parallèle mais, à partir de ce moment-là, répartie dans différents espaces de soins en fonction des possibilités : la spécialisation médicale venait de naître.

Le corps devant être en bonne santé, la médecine, surtout dans son rôle de prévention et pour permettre un diagnostic le plus précoce possible, a essayé de découvrir chez les patients un désordre les exposant à la maladie et les confrontant à l'imminence de celle-ci[123]. Le corps potentiellement malade a été encore plus examiné, analysé et mieux contrôlé grâce aux progrès de la médecine ; ceux-ci, qui sont indéniables, se sont traduits en particulier par les chiffres relatifs à la démographie et par la courbe toujours ascendante de l'allongement de l'espérance de vie. Cependant, des problèmes restent à résoudre du fait de l'apparition de pathologies nouvelles (sida par exemple), et aussi à cause de l'augmentation de la survenue de pathologies connues comme les cancers ou encore par la résurgence, entre autres, de pathologies telles certaines maladies infectieuses que l'on croyait éradiquées [124]. On peut inclure ici l'obésité ; en effet malgré le développement de la prise en charge de celle-ci, les moyens mis en œuvre ne semblent pas suffisants pour la vaincre ou même contrôler son expansion. Autrement dit, cette société, la nôtre, qui peut trouver d'ingénieux moyens de combat contre les pathologies diverses est aussi très exposée et très vulnérable à certaines d'entre elles qu'elle engendre par ses excès. Ainsi on produit à la fois la maladie et les solutions possibles d'éradication selon un double processus ; une telle problématique déborde la dynamique santé-maladie. Si la question pouvait être résolue par la création de mécanismes destinés à combattre les maladies, on aurait assisté à leur extinction ou tout au moins à la diminution du nombre de cas de plusieurs d'entre elles. Il faut impérativement que l'on ait un point de vue critique le plus large possible sur l'ensemble du processus de médicalisation.

[122] Cf. *Ibid.,* p. 15.
[123] *Ibid.,* p. 19.
[124] *Ibid.,* p. 29-30.

En reprenant l'approche historique de la notion de corps, il faut souligner que le XXe siècle a reconnu la singularité du corps et cela de manière différente de celle de la Renaissance avec sa raison critique face aux traditions, de celle des Lumières avec les revendications égalitaires : « Le XXe siècle a lesté l'individu autonome d'un corps singulier »[125]. Ce corps est devenu singulier, mais aussi cible d'une intervention croissante de la médecine. Un savoir-pouvoir qui a produit et continue à produire des inquiétudes. A ceci s'ajoute la mise en scène d'une nouvelle venue, la génétique, par laquelle « Le corps du malade devient le lieu où se projette la maladie future et où s'exerce la recherche présente : il peut être des deux côtés du microscope, comme objet et comme sujet »[126]. La génétique en effet a produit, au cours du XXe siècle, une vraie révolution scientifique aux répercussions amples dont l'apparition de dilemmes éthiques (thérapie génique, clonage, etc.), certains d'entre eux n'étant pas encore résolus. Malgré tout, elle a le mérite d'avoir apporté une contribution significative à ce qu'est l'être vivant (dont l'homme) et a ouvert la discussion vers un corps au-delà de lui-même, c'est-à-dire un corps avec une composition historique qui le traverse biologiquement et va traverser ceux qui viendront après. La génétique est une solution par exemple pour le traitement ou pour la prévention de certaines pathologies mais elle expose notre société à un grand risque du fait de la possibilité de jouer à l'apprenti sorcier ou de pratiquer l'eugénisme par l'adoption d'un point de vue excessivement objectivant, explicatif et régulateur.

Le corps visé, regardé et analysé a trouvé aussi dans la sexualité une place prépondérante. Ce corps sexué est devenu, plus que jamais, objet de soins[127] et aussi de désir. La connaissance des pratiques sexuelles et les discours sur la sexualité sont désormais du domaine public. Les corps féminins se sont dévoilés publiquement sans toujours tenir compte de la vie privée. Ce corps qui se montre et qui peut être vu par n'importe qui, a tendance à suivre des modèles choisis dans la société. L'exhibition des corps touche l'imaginaire. Si dès la Belle Époque un modèle de l'homme et de la femme s'est imposé, il a varié au cours du XXe siècle et bientôt le modèle dominant, à imiter, a été celui de l'homme et de la femme minces et élancés. De plus, la nudité et le recul de la pudeur ont exigé un travail sur le corps. La musculation et la diététique se sont présentées comme des alternatives et le moyen d'approcher du corps idéal. D'après Sohn, c'est à partir des années 1960 que le régime est devenu une préoccupation partagée par les deux sexes. Les jeunes hommes maigres cherchaient la solution

[125] Cf. *Ibid.,* p. 47.
[126] Cf. F. Check, P. Rabinow, « Invention et mise en scène du corps génétique », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, *op. cit.*, p. 80.
[127] Cf. A-M. Sohn, « Le corps sexué », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, *op. cit.*, p. 95.

dans les séances de musculation accélérée, tandis que les jeunes filles plates s'attachaient aux promesses de traitement esthétiques. Adoptée plutôt par les femmes, la chirurgie esthétique a pris son essor vers les années 1930 (dans les milieux aisés et dans le monde du spectacle) puis s'est banalisée après la seconde guerre mondiale ; ensuite elle a conquis les hommes, et ce, avant la fin du XXe siècle[128]. Le corps est source de désir et il doit pour cela respecter certaines formes, celles qui répondent aux critères de l'époque ; il est lieu à la fois de pouvoir et de désir insatiables.

Les diètes, étymologiquement, genre de vie, sont aussi anciennes que la médecine en particulier en Grèce et au Moyen-Age. Le discours diététique, qui avait perdu beaucoup de sa légitimité et de son autonomie tout au longs du temps, a vu renaître au cours du XXe siècle, surtout dans la seconde moitié de celui-ci, sa portée et son importance. La pratique de la diététique est très contrastée, allant d'une pratique des plus scientifiques à des pratiques hétérodoxes, parfois dangereuses, mais elle est sous-tendue en général par le rejet de l'obésité ou le désir de prévenir celle-ci. En outre, on peut expliquer la recherche du corps plutôt mince, et la conception d'un sujet productif par le recul de la famine dans le monde tout au long des dernières décennies[129]. Ainsi, il s'agit d'un corps « réglé » qui, pourrait-on dire, est soumis « par une volonté de conformité aux normes sociales »[130]. Les normes sociales varient beaucoup selon les civilisations, voire les ethnies. Néanmoins, la mondialisation permet aussi l'accès à des modèles et à des références qui, adoptés et reproduits par de nombreux pays, conduisent de plus en plus souvent à un « corps commun ».

Le XXe siècle a apporté des grands changements, en ce qui concerne le corps, tant dans les pratiques que dans les représentations de celui-ci. Il s'agit du plus grand bouleversement dans la sphère du corps humain en si peu de temps[131]. Ory estime qu'il n'y a pas de corps potentiellement autonome avant le XXe siècle. Le fait que la société ait placé le corps cherchant son autonomie à la fois comme sujet et comme objet au centre de ses préoccupations a eu un retentissement important du point de vue économique en créant des besoins et, par contrecoup, une économie de l'entretien du corps (hygiène, cosmétiques, soins divers), de l'épanouissement corporels (traitements esthétiques, chirurgie esthétique) ; tout cela a, parallèlement, favorisé un

[128] *Ibid.,* p. 97.
[129] Malgré cette information confirmée par les études, selon le dernier rapport annuel des Nations Unies, publié en 2017, sur la sécurité alimentaire mondiale et la nutrition, la faim dans le monde progresse de nouveau touchant 815 millions de personnes en 2016, 11% de la population mondiale.
Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-hunger-report/fr/
[130] Cf. *Ibid.*, p. 157.
[131] *Ibid*., p. 164.

discours hédoniste. Ce bouleversement s'est manifesté aussi au niveau politique et culturel avec l'apparition des discours sur l'égalité des sexes et sur l'usage et le contrôle du corps[132]. Ce bouleversement a eu pour conséquence l'engouement pour l'entraînement favorisant la beauté corporelle. S'entraîner est devenu légitime et organisé de façon de plus en plus exigeante (et coûteuse) : « une vision toujours plus technique et mécanique du mouvement, une vision toujours plus rigoureuse et ordonnée de l'entraînement » [133] sont maintenant la règle incontournable. Dans la mesure où le corps a été technicisé, il a été aussi de plus en plus mesuré et contrôlé. L'entraînement a été une opportunité pour le changement de statut du corps du fait du travail sur lui et pour sa modélisation. Ce n'est pas par hasard que le poids a été considéré comme l'un des meilleurs indices de santé, l'excès de poids devenant un danger[134]. Face au corps hors norme, l'entraînement, avec les diverses modalités utilisées, se présente comme la solution pour mettre ce corps en forme donc en santé. Du fait des études statistiques de plus en plus précises, l'obésité[135] est maintenant le plus souvent associée à la notion de maladie et est devenue un problème de santé publique.

L'exigence d'un modelage accru a renforcé la demande du travail sur le corps. Bien qu'elle soit déjà en elle-même un élément incitant à favoriser le travail sur le corps, la psychologisation du corps, vers les années 1920-1930, a permis l'exploration et la sédimentation d'autres éléments. « Un univers émerge lentement, jusque-là peu évoqué dans les pratiques du corps : celui des muscles éprouvés, interrogés, "conscientisés". Le corps s'est "psychologisé", à l'image d'un individu qui se revendique plus maître de lui dans la modernité »[136]. Les exercices étaient la meilleure voie pour atteindre ce corps souhaitable, c'est-à-dire un corps avec des représentations chaque fois plus intériorisées. Après la seconde guerre mondiale le sport a obtenu un succès sans précédent en produisant des modèles pédagogiques et en étant intégré dans les filières scolaires[137]. Il est devenu un monde, une véritable école, travailler sur le corps permettant d'atteindre la maîtrise de soi. Il a engendré la conviction , encore partagée aujourd'hui, de « pouvoir échapper à tout enracinement physique, s'inventer un organisme aux possibilités encore imprévisibles »[138]. L'entraînement sportif et les sports eux-mêmes ont été adoptés très rapidement comme des pratiques quotidiennes à partir du XXe siècle. Liées à la

[132] *Ibid.*, p. 164-165.
[133] Cf. G. Vigarello, G. « S'entraîner », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, *op. cit.*, p. 170.
[134] *Ibid*. p. 183.
[135] Nous explorons cette question dans le topique sur l'histoire de l'obésité.
[136] Cf. *Ibid*., p. 186.
[137] *Ibid*., p. 192.
[138] Cf. *Ibid.*, p. 204.

santé, ces pratiques sportives jouent un rôle positif dans la mesure où elles interviennent sur le fonctionnement du corps et augmentent les potentialités de celui-ci. Cependant, leur sens et leur objectif sont encore plus ambitieux car elles interviennent sur d'autres dynamiques comme, par exemple, celle de la beauté. « Travailler le corps » peut signifier un changement de rythme de vie salutaire mais une pratique excessive, à la limite de l'obsessionnel, peut devenir dangereux. Certains adeptes essaient de trouver, poussés par la recherche d'une satisfaction symbolisée par un modèle le plus souvent valorisé socialement, un corps idéal. Face aux efforts nécessaires, le sujet peut être incapable d'atteindre son objectif d'où une frustration. La recherche du corps idéal peut être liée aussi à ce que Fischler nomme la « montée de la lipophobie » de notre société, attitude apparue dès la fin du XIXe siècle et qui persiste de nos jours, c'est-à-dire la tendance à combattre, par tous les moyens possibles, la graisse accumulée corporellement ; la peur de grossir peut être responsable d'un véritable état de panique. Cette montée de la lipophobie d'après Fischler a trois origines qui souvent sont associées : la médecine (en relation avec la notion de santé), la mode et l'apparence corporelle (en relation avec la norme du milieu social) et enfin la cuisine et l'alimentation quotidienne[139] (en relation avec l'éducation et le milieu familial). L'accent est certes mis sur le corps mais il ne s'agit plus de n'importe quel corps.

L'introduction de nouveaux médias ont été imposés aux Arts. La grande nouveauté a été le passage du corps d'un statut d'objet d'art à celui de sujet agissant et de support de l'activité artistique. Le corps a progressivement pris une place prépondérante, surtout en ce qui concerne sa beauté. Avec les images et les vidéos ce corps s'est montré encore plus valorisé et de plus en plus présent ; entre 80% et 90% des Arts prenaient le corps comme objet dans les années 1990[140]. Avec le passage au XXI e siècle de nouveaux facteurs sont apparus. L'internet et les technologies contemporaines très sophistiquées ont bouleversé les échanges relationnels et la réalisation des images. Le corps actuellement a aussi une dimension virtuelle, soit du fait du type de contact, soit du fait des modalités de l'exposition. Il faut dire qu'avec l'internet les images du corps sont plus facilement accessibles et, par conséquent, globalisées en collaborant à un paradigme commun. Il ne faut pas porter un regard négatif sur ces avancées très précieuses et fertiles mais, malgré tout, il convient de réfléchir sur les conséquences possibles de la mise en scène d'éléments encore jamais vus.

[139] C. L. Fischler, *L'homnivore*. Paris : Odile Jacob, 2001, p. 316-317.
[140] Y. Michaud, « Le corps et les arts visuels », in *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle*, *op. cit.*, p. 449.

Tout ce processus historique, à partir des quelques remarques signalées, est marqué par une augmentation de l'importance du corps. La subjectivité moderne s'est présentée avec toutes ses contradictions et ambiguïtés, surtout liées aux aspects moraux et religieux. Le corps a été mis de plus en plus en évidence mais progressivement et toujours sous contrôle. Regarder, soigner, explorer et contrôler le corps est devenu de plus en plus un but qui a permis l'apparition d'un sujet corporel contemporain lequel ne peut prendre aucune distance vis à vis de son corps du fait de l'importance de celui-ci et alors qu'il est le moyen d'identification de soi-même. La période actuelle impose des exigences concernant soit la minceur, soit l'obésité et ce avec plusieurs croisements et avec aussi quelques confusions. L'accent mis sur le corps prend une dimension quotidienne – il faut le soigner. Faire un régime par exemple est considéré comme une attitude tout à fait normale et il s'agit d'une pratique courante. L'approche contemporaine du corps est caractérisée par l'excès de la présence du corps et de son observation au quotidien dans une objectification parfois excessive. Parmi les conséquences de cette approche il faut signaler l'enchevêtrement du psychologique et de l'alimentaire ; ce n'est pas par hasard que sont cités les désordres alimentaires parmi les principales doléances des patients et que l'expression et les discussions sur ces troubles soient courantes. Cet excès de la présence du corps implique le tout, comme dans la boulimie et dans l'obésité, marquées toutes deux par la tendance à « trop manger », ou encore implique à l'opposé le rien, comme dans l'anorexie qui est marquée par le « refus » de manger ou aussi par l'excès d'exercice dans la bigorexie[141]. La question centrale ici est la présence d'un « extrême » qui marque ces expériences et qui révèle un sujet perdu face à son « propre » corps. La mise en scène et le contrôle du corps suppriment de plus en plus la notion d'avoir un « corps propre », puisque ce corps est toujours regardé, jugé et observé dans ce qu'il est et ce qu'il peut devenir.

Le malaise contemporain, en relation avec le corps, réside dans le registre de la présentation de ce dernier. Il s'agit d'un corps sacralisé, vénéré, objet de culte et soumis à des règles et des directives qui doivent être suivies. Le noyau central des maladies contemporaines, dans lesquelles nous pouvons inclure toute la problématique abordée dans cette thèse, est l'utilisation du corps comme voie d'expression[142]. Le corps est alors en scène dans un acte dangereux engendrant la souffrance.

[141] D. S. Freire, « Com açúcar, sem afeto », in *História do corpo no Brasil*, org. par M. Del Priore et M. Amantino. São Paulo : Ed. Unesp, 2011, p. 473.
[142] *Ibid.*, p. 461.

1.2. Le « corps gros » et le « trop manger » : la constitution historique de l'obésité et de l'acte hyperphagique

Dire que l'obésité est un phénomène récent n'est pas tout à fait exact. Un rapide aperçu historique permet de découvrir un rejet social ancien de l'obésité, une stigmatisation[143] durable, une accentuation du recours aux normes et à l'évaluation des formes du corps et un jugement, de plus en plus fréquent, considérant qu'un sujet trop gros est un sujet malheureux. Des modifications des normes admises, selon l'époque, expliquent la variation des définitions et des mensurations souhaitées[144]. Cependant, force est de reconnaître que le mouvement contemporain, - relatif à l'évaluation des formes corporelles, à l'incitation au travail sur le corps, à la poursuite incessante de la beauté (revenant à rechercher la minceur), au discours permanent sur la santé (mise en danger par l'excès de poids) et au combat contre l'obésité laquelle est maintenant considérée comme une vraie épidémie - explique l'attention particulière, jamais portée jusqu'ici, sur l'obésité. Les outils de combat utilisés, bien que de plus en plus performants, ne semblent pas être suffisants, pour l'instant, face à l'amplitude et à la gravité du phénomène. Nous voulons ici explorer quelques éléments et montrer le sens historique de l'obésité du Moyen Âge à nos jours.

Les textes du Moyen Âge évoquent la figure d'un glouton médiéval. En effet comme à cette époque une bonne santé supposait un ventre plein, la critique faite dans ces textes était plus celle d'un comportement que celle d'une dimension esthétique ou relative à la morbidité[145]. La quantité ingérée était privilégiée et la figure de l'ours était valorisée en tant que symbole de force et d'habileté. La conséquence de ce besoin de puissance est la rare utilisation de la figure du gros comme injure au Moyen Âge. Toutefois, la différence entre le gros et le très gros existait déjà car être trop gros pour un sujet, signifiait son inaptitude à la guerre. La dimension pathologique alors a toujours été réservée au très gros avec l' image péjorative d'un excès alimentaire : « Le gros pourrait être apprécié, le très gros condamné »[146].

---

[143] On utilise le mot stigmatisation dans le sens développé par Ervin Goffman en tant qu'un processus qui tend à discréditer un individu. Cet individu reçoit une étiquette qu'une fois attribuée pourrait justifier une série de discriminations sociales, exclusions, etc. En outre, cet individu est réduit à cette caractéristique, une sorte de typification. La stigmatisation obèse, par exemple, est présentée dans la mesure où toutes les autres qualités du sujet sont laissées de côté en fonction du détachement de sa condition corporelle.
Voir E. Goffman, *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit, 1975.

[144] G. Vigarello, « L'obésité et l'épreuve du moi », in *Trop gros ? L'obésité et ses représentation*, org. par J. Csergo. Paris : Éditions Autrement, 2009, p. 124.

[145] G. Vigarello, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris : Édition du Seuil, 2013, p. 20.

[146] Cf. *Ibid.,* p. 28.

On peut donc affirmer qu'au Moyen-Age le « gros » jouissait d'un certain prestige alors que le « très gros » était méprisé car inutile pour le groupe.

Deux regards contradictoires sont souvent évoqués à cette époque relativement à l'excès de poids : la « grosseur » imposant sa masse et provoquant le respect et la « grosseur » boursouflant le sujet évoquant pesanteur et débilité[147]. L'imaginaire médiéval, très présent et diverse à l'époque, attribuait la graisse à l'excès d'air ou d'eau[148]. La médecine, qui se généralisait à ce moment, s'affirmait progressivement en s'opposant à la pratique du cumul de graisse. Avec le XIIIe siècle l'enseignement universitaire s'est développé et des régimes de santé ont été proposés et diffusés[149]. La pression sur l'excès pondéral a augmenté mais il était difficile d'établir des nuances valables concernant l'excès de poids. Comment pouvait-on classer un individu dans la catégorie des « gros » plutôt que dans celle des très gros ? Le traité de Guy de Chauliac en 1363 posait que le corps est dit gros quand « il est changé en si grand amas de chair et de graisse qu'il ne peut marcher sans faucheriez, ni toucher son fondement, ni chausser ses souliers à cause de la tumeur de son ventre, ni même respirer sans empêchement »[150]. Il s'agissait d'une définition avec un sens surtout pratique, de l'activité possible du sujet et qui signifiait la sociabilité globale de l'époque attribuée aux activités réalisées.

Malgré quelques critères convergents, le corps féminin souhaitable était très différent du corps masculin. Le corps féminin était décrit comme plus vulnérable et plus souple que le corps masculin et il était évoqué un aspect charnu de ce corps. À la fin du XIIIe siècle la finesse de la taille et la raisonnable ampleur de la poitrine étaient considérées comme des éléments de beauté et la minceur est vite devenue un critère obligatoire du charme de la femme[151]. La dimension religieuse, qui n'est pas mise en évidence par Vigarello, a joué un rôle très important sur la morphologie au Moyen-Age. En effet à cette époque « trop manger » était avant tout un péché. La gourmandise était considérée comme un très grave péché, un péché « capital » selon le dogme. Un discours, à la fois éthique et religieux incitait à des réflexions sur la nourriture et sur les excès alimentaires [152]. Bien que boire et manger constituent des exigences naturelles pour l'homme, ces pratiques, indispensables à la survie, étaient considérées comme des fautes dans la mesure où, comme le considérait St. Thomas d'Aquin,

[147] *Ibid.,* p. 31.
[148] *Ibid*., p. 34-35.
[149] *Ibid*., p. 43.
[150] Cf. L. Gautier, *La Chevalerie* (1888), Paris, 1890, p. 632. Ouvrage cité par G. Vigarello, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, Édition du Seuil, p. 43.
[151] *Ibid.*, p. 46.
[152] S. *Vecchio,* « La faute de trop manger : la gourmandise médiévale entre éthique et diététique », in *Trop gros ? L'obésité et ses représentation*, org. par J. Csergo. Paris : Éditions Autrement, 2009, p. 33.

« le désir échappe au contrôle de la raison et déborde les limites du plaisir naturel ». La culpabilité potentielle du sujet était due au fait que le sujet risquait de ne pas pouvoir contrôler ses passions[153]. Une dimension morale était donc associée à l'acte de manger et à ses possibles excès.

Vecchio considère qu'au cours du XIIIe et XIVe siècles le « trop manger » a été reconnu comme capable de nuire à la santé de plus en plus souvent. Il apparaît donc, d'après ce que nous venons d'exposer ; que la relation entre l'excès de graisse dans l'alimentation et les problèmes de santé n'était pas évidente. En élargissant son champ d'activité, la médecine a pris une position de plus en plus précise sur ce sujet, face aux nombreuses difficultés entrainées par un corps obèse. La préoccupation d'éviter tout ce qui pouvait nuire à la santé et altérer la forme physique a donné au corps une grande importance. Comme la possibilité de devenir obèse était effrayante[154], de façon très vite une sorte de pédagogie de l'alimentation, destinée surtout aux enfants, est apparue. Dès le Moyen-Age l'obésité a été considérée non seulement comme une menace pour la santé mais aussi comme un problème esthétique : « dans la civilisation médiévale, l'excès de graisse n'est pas seulement dangereux pour l'âme et pour le corps, il est aussi considéré comme laid »[155]. Dans ce bref exposé les contours de l'obésité au Moyen Âge ont été esquissés. Le prestige initial du corps « gros » a rapidement succédé la représentation négative du corps obèse. La religion a instauré la culpabilité du « trop manger » mais c'est la préoccupation d'une bonne santé associée à la conception naissante de la beauté d'un corps mince qui sont les facteurs qui ont bouleversé la dynamique de vie de ceux qui surmontaient les limites de graisse corporel.

Le discours du XVe siècle est résolument critique avec une attention particulière aux contours du corps et une tentative de préciser et de stigmatiser l'excès pondéral, le tout associé à une manière nouvelle d'observer le corps[156]. Après une période où l'iconographie relative au corps était rare, des images avec une dimension réaliste ont montré le corps avec ses défauts, les excès étant suggérés. La critique du « gros » était encore largement morale : « raillerie de comportement, désignation de faute plus que jugement esthétique, même si ce dernier ne saurait être totalement absent. La grosseur est péché »[157]. La question de savoir où commence le « trop » était encore ambigüe face à la difficulté d'établir le seuil du « gros » et celui de l'acceptable.

[153] *Ibid., p. 40.*
[154] *Ibid., p. 43.*
[155] Cf. *Ibid*., p. 44.
[156] G. Vigarello, *op. cit*., 2013, p. 47.
[157] Cf. *Ibid*., p. 49.

Cette relative indétermination était plus sensible chez les hommes[158].que chez les femmes. L'obésité était encore une question surtout de morale ou de santé : la pratique de travailler le corps existait mais elle n'était pas expliquée et très peu utilisée.

Avec la Renaissance, la critique du « gros » a changé d'orientation et s'est centré sur la lenteur et sur la fainéantise en résultant. Le soin s'est d développé modifiant l'horizon culturel. La vigilance médiévale, fixée sur les péchés d'un sujet gourmand, a cédé la place , dans la modernité , aux mollesses et aux manques d'efficacité[159]. La critique du « lourd », de l'« énorme » s'adressait au corps, mais aussi au caractère improductif en résultant. En outre, le modèle de sveltesse et de minceur a commencé à s'imposer dans les références sociales de la modernité. Une nouveauté plus profonde était aussi présente : l'avènement d'une culture négative du volume. Les jugements, les injures sociales face à la visibilité du corps et à sa supposée inaptitude sont devenus de plus en plus fréquents. Les artifices de langage se sont aussi multipliés et avec eux le vrai sens qualificatif et péjoratif du mot. « Grosse bedaine », « lourde bedaine », « Glouton », « Matelas de chair », « Lourdaud », « Panse espagnole », « Jean de la panse », « Grosse boule », « Pain de suif en fusion », « Énorme masse de chair », « Vieux paillard », parmi d'autres, sont des expressions présentes dans les œuvres de Shakespeare à la fin du XV e siècle[160]. L'image dominante est alors celle d'une lourdeur globale, c'est-à-dire, atteignant la totalité du corps. Vigarello conclut que « l'accroissement de défiance à l'égard des grosseurs marque définitivement la modernité, même si les limites ou seuils ne sont guère évoqués »[161].

Si le « gros » était l'objet de stigmatisation il faut aussi évoquer la figure du « maigre ». L'aspect du maigre, dépourvu de volume et de modulation des formes, était redoutée. Cette morphologie signifiait l'impuissance et évoquait aussi l'ambiguïté des mélancoliques[162]. Les médecins des XVIe et XVIIe se sont surtout intéressés au « gros » et procédé en particulier à une augmentation des normes tout en présentant des exemples et en étudiant la symptomatologie due à l'excès de poids. Avec l'accroissement des connaissances et les nombreuses descriptions alarmantes, tout excès pondéral a rapidement été considéré comme un danger. Il ne s'agissait plus pour le gourmand de péché ou de désordre dans l'alimentation mais de « la défaite physique du goinfre, son effondrement; non plus la faute mais le

[158] *Ibid.,* p. 56.
[159] *Ibid.,* p. 60.
[160] *Ibid.*, p. 66.
[161] Cf.*Ibid.,* p. 72.
[162] *Ibid.*, p. 72-73.

dépérissement, même si le médecin conserve plus le ton du prêche que de l'explication »[163]. Même s'il était encore impossible de fixer un volume permettant de mesurer ou de définir l'obésité, plusieurs symptômes étaient considérés comme liés à la grosseur par les médecins « modernes » de cette époque.

De nombreuses hypothèses ont été proposées pour expliquer le surpoids. Au XVIe siècle et au début du XVIIe siècle les symptômes ont été mieux observés. Au-delà de l'intérêt que portait la médecine à l'excès pondéral, on observe alors une curiosité nouvelle des gens cultivés, avides de culture moderne, pour ce sujet ; d'ailleurs un réalisme s'est imposé dans l'iconographie à la Renaissance. Sans établir encore de frontière franche entre le peu et le très gros, malgré leurs dimension bien visibles, le langage a créé un certain nombre de mots nouveaux tels : « rondelet », celui qui a une rondeur « naturelle », « remplie de gentillesse » pour désigner la figure d'une jeune fille dodue, « jeune pucelette » ici avec une note de sensualité, « ventripotent » pour décrire un ballonnement et une pesanteur exagérés, etc. Le terme « embonpoint » a eu un destin particulier ; il a été très utilisé, donc banalisé, à partir de 1550 pour désigner ceux qui n'étaient ni trop gros ni trop maigre[164] mais déjà un peu trop dodus. Ces remarques sur les représentations linguistiques et aussi sur celles liées à l'observation montrent l'importance de cette période en tant qu'étape dans l'affinement du regard occidental sur les formes du corps. On peut dire que plus l'aspect du corps est devenu important pour le sujet, plus l'obésité a été stigmatisée.

Les changements de regard sur les formes du corps ont culminé aussi avec des altérations dans les pratiques au XVIe et XVIIe siècle ; ces pratiques alimentaires sont devenues plus systématiques et différentes selon le niveau socio-culturel. Les régimes et les pratiques de « compression » ont été utilisées progressivement par les différentes couches de la société mais sans évaluation. Les vêtements ont servi de référence, puisque les indications de poids corporel dans le quotidien étaient rares, la balance n'étant pas souvent utilisée, comme instrument de référence quotidienne[165]. Les pratiques d'amincissement étaient souvent « pensées » et effectuées en dehors de la recommandation des médecins[166]. Ces pratiques ont pénétré l'imaginaire social et la dynamique culturelle de la société et sont à l'origine d'un discours populaire se distinguant du savoir médical. Cela est encore vrai actuellement puisque l'on

[163] Cf. *Ibid.*, p. 78.
[164] *Ibid.,* p. 97.
[165] *Ibid.,* p. 104-106.
[166] *Ibid.,* p. 110.

distingue encore au XXIe siècle une frontière entre le savoir populaire et le savoir médical et nutritionnel.

Les régimes qui étaient proposés aux XVIe et XVIIe siècle consistaient en priorité en des réductions alimentaires. Les quantités d'aliment ingérées étaient la référence plutôt que le poids corporel[167]. Une première remarque s'impose : bien qu'ils n'aient pas constitué une obligation par rapport aux régimes, les exercices physiques ont commencé à faire progressivement partie des régimes: « dessécher en échauffant »[168] ; il n'y avait pas encore de relation systématique entre exercices physiques et régime alimentaire mais ils étaient considérés comme l'inverse de l'immobilité, de l'excès de poids et de la lourdeur de la vie. Une autre remarque importante, propre à cette période, est la place croissante acquise par l'amincissement féminin en Occident. Cela a conduit à un changement de statut de la femme, par le biais du corps féminin acquérant une dimension esthétique donc de plus en plus surveillé car devant répondre aux normes imposées par la conception de la beauté. Cette esthétique nouvelle a conduit au raffinement des attitudes et des habits. Les différences entre hommes et femmes ont été renforcées et, à la Renaissance, le critère de la beauté féminine était une taille « mince », un corps « svelte » et des mouvements effectués avec grâce[169]. Un thème habituel était, par exemple, « l'étranglement des tenues » c'est-à-dire le resserrement ; cette constriction avait un double objet : celui de limiter la grosseur et celui de répondre à la croyance aux effets des contraintes mécaniques. Cette pratique a été à l'origine de l'invention du corset[170]. Il s'agissait en effet de contrôler les contours du corps féminin, d'éviter ou de masquer la grosseur par le recours à un modelage croissant.

Au siècle des Lumières, il y a eu une individualisation des volumes, lesquels ont été définis en accord avec le genre et mesurés avec des instruments. Tandis que pour les hommes la rondeur était un profil acceptable, pour les femmes un tel profil était impensable. Ce regard nouveau sur la morphologie a changé la perception et aussi les représentations de l'excès[171] pondéral . Parmi les changements, il y a eu une appréciation des contours différents à partir de cette époque, avec le chiffrage et l'enregistrement du poids. Dès lors la balance et la ficelle sont deux instruments importants ; l'usage de plus en plus fréquent de ces mesures a permis la production de références statistiques et la définition de paramètres permettant d'établir des classifications et d'étayer des jugements. Buffon a été le premier à établir une échelle chiffrée

[167] *Ibid.,* p. 112-113.
[168] Cf. *Ibid.*, p. 114.
[169] *Ibid.*, p. 118.
[170] *Ibid.,* p. 121.
[171] *Ibid.*, p. 125.

des gros à partir de la relation entre la taille du sujet et son poids. Il s'agit là d'un grand pas, malgré les défiances que cela a engendré, qui a permis d'une part de répertorier la population selon un tableau en tenant compte de ces critères et d'autre part de mettre en évidence un mode nouveau de penser le collectif. Vigarello décrit deux nuances, par rapport à ce sujet et propres au siècle des Lumières. La première est que cette période a favorisé l'individualisation des sujets avec leur diversité puisqu'il n'y avait plus l'idée d'une seule norme en ce qui concernait les rondeurs. La deuxième est l'évaluation systématique du degré de grosseur, culture nouvelle du degré d'excès pondéral, et ce, malgré l'insuffisance des moyens de mensuration[172].

A cette époque on a observé aussi une stigmatisation plus importante des excès. « La culture du XVIIIe siècle est sensible aux excitations , aux réactivités , s'inquiétant de leur effacement possible par les lourdeurs »[173]. Les signes observés chez le gros, moins apte à une activité physique normale, ont permis de ranger la grosseur en général, c'est-à-dire l'excès pondéral, dans la catégorie des maladies. Cet aspect est important car il signifie un changement de regard sur l'excès pondéral et une conception nouvelle concernant la vie sociale, culturelle et médicale. Au XVIIIe siècle, pour la première fois, le mot « obésité » est utilisé pour remplacer le mot « corpulence ». L'innovation n'a pas été tant dans le mot, mais dans son emploi chaque fois plus évident, systématique et en relation avec la médecine : « la grosseur n'est plus un simple excès quantitatif que doit prévenir la sobriété, elle est désordre, dégradation interne avec ses progressions et ses focalisations. Elle est déséquilibre et suppose des développements, des accélérations, des échecs »[174]. On peut en conclure que l'insistance sur la dimension pathologique de l'obésité n'est pas une discussion récente. En datant du XVIIIe siècle et même avec des manifestations antérieures comme nous avons pu voir ici, cette pathologisation est largement liée à l'appropriation de l'obésité par le domaine médical. Il faut ajouter aussi qu'alors lorsque le sujet était obèse, l'accent n'était pas mis seulement sur l'esthétique (la grosseur, le volume) mais aussi sur les conséquences au niveau de la santé. L'obésité ou l'excès pondéral n'était plus un indicatif de bonne santé comme cela avait été le cas dans des périodes précédentes.

Le XVIIIe siècle a fait apparaître un nouveau type de critique : « le 'gros' n'est plus un simple balourd inculte ou incapable, il peut être un personnage 'inutile', improductif'. Il peut associer deux vacances dont s'empare plus que jamais la critique des nantis : l'impuissance et

[172] *Ibid., p. 137-138*.
[173] Cf. *Ibid.,* p. 142.
[174] Cf. *Ibid.*, p. 144-145.

la gloutonnerie »[175]. Cette nouvelle approche de l'excès pondéral révèle le sens d'une culture et d'un temps en donnant des indications sur les caractéristiques propres de l'obésité et sur sa signification dans la modernité. En outre, si l'obésité a été rattachée au domaine médical, les traitements ont été aussi réorientés dès le siècle des Lumières[176]. Pour combattre l'obésité de nombreuses mesures ont été proposées. Des comportements nouveaux sont apparus : augmenter le tonus du sujet est devenu primordial, les exercices physiques ont été conseillés en expliquant leur intérêt, l'électricité a été aussi employée. D'une part des discussions sur les régimes se sont multipliées ainsi que le recours à une cuisine plus fine et plus délicate et d'autre part les avantages de la consommation de quelques aliments et les apports de la révolution chimique qui débutait ont été étudiés. Tous ces essais, et aussi leurs échecs, démontrent que, dès cette époque, le traitement de l'obésité a été considéré comme très complexe du fait de la résistance de cette pathologie aux soins, ce qui explique les difficultés, encore rencontrées de nos jours, d'une part, par les médecins qui doivent proposer des traitements efficaces et, d'autre part, par les patients qui vivent une expérience souvent décourageante, voire angoissante.

On a observé pendant le siècle des Lumières une augmentation du nombre de cas d'obésité et cela mérite notre attention. Si le poids avait une importance certaine, l'attention se portait aussi sur la morphologie (le tour de taille, le volume et les contours du corps). Toutefois, l'étude du nombre de cas de sujets en surpoids a été mieux connu avec l'explosion des publications statistiques au début du XIXe siècle. Il y a eu alors une banalisation des traités sur l'obésité. Le corps gros a été vraiment étudié et identifié par rapport au poids[177]. Le poids est devenu un élément d'identification personnelle. Actuellement le poids est une donnée banale et évidente, qu'il faut connaître et savoir contrôler. Il est une référence, une marque particulière à tout individu. Ce poids peut être « lourd » dans le sens qu'il peut s'agir d'un fardeau difficile à porter ce qui est le cas pour beaucoup de sujets présentant un excès pondéral.

Au XIXe siècle, la mesure du poids est restée le critère de l'identification de l'obésité comme au XVIIIe siècle, mais accompagnée d'exigences sociales. Contrairement à l'époque des Lumières où les sujets en surpoids étaient répartis en degrés et en diversité, une typologie des gros a émergé au XIXe siècle avec l'apparition de catégories : la grosseur a été alors repartie en genres. Par exemple, Brillat-Savarin, en 1826, considère l'excès strictement abdominal comme un symptôme masculin et la rondeur comme un signe plus spécifiquement féminin.

[175] Cf. *Ibid.*, p. 150.
[176] *Ibid.*, p. 159.
[177] *Ibid*., p. 178.

Sans détailler cette catégorisation liée au genre, il faut quand même remarquer que la rondeur est plus tolérable (ou tolérée) chez les hommes que chez les femmes bien que la recherche d'une taille fine masculine ait déjà été signalée[178]. Dès cette époque des recherches ont été entreprises pour comprendre les mécanismes physiologiques de l'obésité, pour rechercher (ou imaginer) les causes de cette pathologie et pour mettre au point les premières mesures de prévention. Le corps a été vraiment analysé de même que les aliments. Le danger de l'exposition aux effets des grosseurs a été montré de façon scientifique.

Tout cela suggère une première remarque. Ces avancées scientifiques ont eu pour effet de susciter une inquiétude et de faire de l'obésité une menace grandissante[179]. L'organisme humain est devenu une machine énergétique chaque fois plus surveillée et mesurée, traversée par des savoirs et des images. Légitimée et instituée par la science, la gastronomie s'est développée en remplaçant les habitudes propres aux « tables nobles » où les excès alimentaires étaient la règle. Les régimes et les modérations de prises alimentaires étaient conseillés ayant pour but d'établir un seuil entre plaisir et abus (ou excès), tout en maintenant un équilibre en relation avec les besoins[180]. Une autre remarque importante, dès cette période, est l'évocation de la souffrance de l'obèse: « La souffrance évoquée n'est pas seulement physique, elle est morale, voire psychologique »[181]. Le martyre vécu par les obèses[182] était reconnu dû d'une part aux échecs répétés des tentatives d'amincissement, d'autre part aux situation d'humiliation en société. Les explications pour prévenir et traiter l'excès pondéral ont été envisagées selon des modalités de plus en plus spécifiques. La thématique de la combustion a bouleversé l'approche de l'obésité au XIXe siècle orientant les traitements préventifs vers les régimes alimentaires, les exercices physiques et le mode de vie mais déjà une connotation de plus en plus psychologique commence à apparaître. Le sujet gros se sent de plus en plus concerné par les discours sur l'obésité et par la pression exercée par les autres pour sortir de cette « mauvaise » condition. C'est avec cette société contemporaine, marquée par le triomphe du mince sur ceux qui ont un excès pondéral et souffrent de cet excès, que les analyses psychologiques ont trouvé une place essentielle dans les traitements : « L'obèse parle, se juge, détaille son malheur »[183]. Il se plaint certes de la stigmatisation par ses contemporains mais il se considère aussi, et cela apparaît lors du récit de son vécu, comme une « victime » incapable de trouver en soi les

[178] *Ibid.,* p. 186.
[179] *Ibid.*, p. 202.
[180] *Ibid.,* p. 206.
[181] Cf. *Ibid.*, p. 210.
[182] Voir H. Béraud, *Le martyre des obèses*, 1922. Paris, Albin Michel, 1986.
[183] Cf. G. Vigarello, *op. cit.*, 2013, p. 215.

ressources nécessaires pour changer ce corps dont il a honte et peu à peu il culpabilise de plus en plus.

Au fil des années on observe une augmentation de la pression contre l'excès pondéral due aux possibilités de mesure de cet excès. Il y a eu ainsi une banalisation des valeurs aussi bien de celles concernant les perspectives médicales que de celles relatives à l'esthétique. Ce dernier point est fondamental et marque le passage du XIXe siècle au XXe siècle. En effet à partir de la moitié du XIXe siècle il y a eu une intensification de la recherche de la minceur, ce phénomène atteignant surtout les femmes. Ceci s'explique par l'évolution de la mode vestimentaire féminine : les corps étaient plus dénudés, ce qui permettait d'apprécier « les contours ». Un autre phénomène est celui de l'observation intime du corps nu par le miroir, élément nouveau présent dès la moitié du XIXe siècle[184]. Tout ceci permet de comprendre les conflits nés des conventions esthétiques : le gros est devenu laid et une opposition entre les maigres et les gros apparaît progressivement. Pour que les femmes parviennent à une silhouette décrite comme « affinée » dans la seconde moitié du XIXe siècle, les traitements de l'obésité se sont multipliés. Le résultat de cette évolution est la classification définitive, dès cette époque, de l'obésité selon plusieurs niveaux aboutissant à une répartition entre « petite », « moyenne » ou « grande »[185] obésité, cette pathologie étant liée à la fois aux problèmes en relation avec à la santé et aux paradigmes de beauté.

Vigarello insiste sur un changement, qu'il considère comme décisif, survenu vers 1920, changement annonçant l'image du corps actuel et consistant en la recherche de la présence du muscle et de la tonicité[186]. L'objectif était, pour les femmes, d'avoir un corps maigre mais « sculpté » ; l'opposition entre la grosseur et la minceur est désormais liée à la texture corporelle. Un autre changement important au XXe siècle a été la prise de conscience sociale de l'excès pondéral. L'adiposité, qui dans certains milieux était devenue un aspect quotidien, a obligé à un changement de comportements alimentaires pour atteindre, ou tout au moins approcher, des normes esthétiques imposées. Le discours prônant l'amincissement a été entendu et ainsi s'est installée une vraie culture du mince. Si cette figure de minceur s'est instaurée cela n'a pas été sans conséquence pour les obèses qui en ont souffert. Un discours inédit est apparu dans la décennie 1920-1930 : « Il faut maigrir à tout prix ». Ce regard a déplacé la stigmatisation : « loin d'être le glouton ou le balourd, le gros est d'abord celui qui 'esquive',

[184] *Ibid.*, p. 222-223.
[185] Cf. *Ibid.,* p. 236.
[186] *Ibid.*, p. 251-252.

refusant l'amincissement, négligeant le travail sur soi »[187]. Il est devenu aussi, sans oublier les autres figures péjoratives associées, celui qui ne pourra pas changer. Il est donc à la fois le gros et celui qui est incapable de changer.

Parallélement il y a eu un investissement majeur dans les techniques de dépistage et de soins de l'excès pondéral. Cependant, ce tournant a révélé certains paradoxes: « c'est au moment où l'obésité devient l'objet d'expériences approfondies, où les chiffres se banalisent, où les programmes s'installent et où les pratiques se diversifient, que la thérapie révèle davantage ses limites »[188]. Tout cela montre que l'obésité est une expérience complexe et met en évidence la possible souffrance vécue par ces sujets parfois incapables de changer leur statut donc leur morphologie. L'obésité correspond souvent à un malaise intériorisé, attaché à un sujet parfois condamné à apparaître autrement qu'il le souhaite, c'est-à-dire « celui de ne pouvoir réduire l'écart entre ce qu'il est et ce qu'il voudrait être »[189]. L'obèse peut avoir donc un sentiment d'injustice en vivant dans un corps souvent humilié qu'il n'accepte pas et qu'il n'a pas, d'une certaine façon, choisi. Les stigmatisations des gros ont toujours été présentes à travers les siècles, avec différentes manifestations, mais le changement caractéristique du XIXe siècle est l'assimilation de l'obésité à celle d'un échec avec pour conséquence une douleur ressentie comme injuste par le sujet qui en est atteint.

En accord avec cette approche du surpoids et de l'obésité, Fischler[190] considère que les sociétés modernes sont devenues « lipophobes », souhaitant un corps débarrassé de toute trace d'adiposité et se sentant menacée par la graisse. La signification de la graisse a changé tout au long des siècles mais la graisse n'a jamais été aussi rejetée que de la fin du XIXe siècle à nos jours. Le muscle est devenu noble et la graisse objet de crainte et de dégoût - une vraie peur apparaît face à son imminence. Même la figure de l'embonpoint a été dévalorisée ; avec l'imposition du modèle de minceur, surtout vers 1950 : la figure de celui-ci a basculé vers un « mal en point »[191]. La graisse n'était plus un aspect naturel du corps humain mais un excès non désiré qui devait être combattu. Si l'obèse est celui qui a cette graisse en excès, son état, contrairement à certaines époques antérieures où il y avait une acceptation, n'a pas tendance à « être bien vue ».

[187] Cf. *Ibid*., p. 262.
[188] Cf. *Ibid.*, p. 269.
[189] Cf. *Ibid*., p. 276
[190] C. L. Fischler, *op. cit.*, 2001, p. 316.
[191] Cf. *Ibid.*, p. 318.

Le débat contemporain sur l'obésité porte sur le statut épidémique[192] du surpoids. L'obésité en effet devient de plus en plus fréquente, répandue dans le monde entier et bien identifiée. Il s'agit aujourd'hui d'un mal qui dépasse le sujet lui-même et atteint la communauté, laquelle considère l'obèse comme un malade social, un gêneur coûteux et même un individu sans volonté. Dans la société d'aujourd'hui il y a une identification toujours plus grande de l'individu à son corps[193]. Cette conception accentue chez l'obèse le conflit face à son propre corps, corps hors forme, et face à l'impossibilité de le moduler ou même de le modifier. Néanmoins, compte tenu de l'importance croissante du nombre d'obèses et de la reconnaissance de l'obésité comme maladie ou même comme problème de santé publique, ce sujet peut être considéré comme une victime, il est « victimisé ». Tout cela, validé constamment par les chiffres, lui permet d'être vu et aussi de se voir différemment.

D'après Vigarello deux problèmes qui ont été pendant longtemps confondus peuvent être séparés aujourd'hui. L'un est relatif à l'augmentation de l'exigence de minceur, norme du paraître, sociale et culturelle, avec ses nombreux codes ; l'autre est la dénonciation de plus en plus fréquente du gros, le surpoids étant devenu dans l'imaginaire collectif un indice de menace sanitaire et économique. Bien que l'exigence de minceur fasse que la présence du gros soit plus remarquée , « la présence marquante de l'obésité dans nos sociétés vient davantage du mode de vie et de ses effets 'engraissants' que du contraste suggéré par le mince et son impact »[194]. L'obésité s'impose surtout par le changement de comportements face à la nourriture et ses dangereuses compositions. La position de Vigarello nous semble être tout à fait cohérente et élucide la dynamique actuelle. On pourrait simplement ajouter que l'exigence d'être mince pèse de façon lourde sur la vie de l'obèse. Ces sujets sont en effet hantés par le regard des autres, et aussi par le leur, qui exigent une attitude volontaire pour devenir mince. L'échec, et même tout processus de changement, est source de souffrance face à la distance entre ce corps qu'ils ont et le corps qu'ils devraient et parfois veulent avoir. En outre, il ne faut pas oublier que la maîtrise de l'alimentation est la caractéristique des sociétés modernes lesquelles, sur fond d'obésité et de devoir de santé, essaient de façonner le corps et de gérer les enjeux liés à la corpulence[195]. L'alimentation est l'une des voies de contrôle, avec plusieurs possibilités, qui a des implications non seulement sur la forme corporelle mais aussi sur toute une organisation de vie et de relations en rapport avec des objectifs économiques.

[192] Voir p. 86 de la thèse.
[193] G. Vigarello, *op. cit.,* 2013, p. 279.
[194] Cf. *Ibid*., p. 285.
[195] A. Hubert, J-P. Poulain, « Le corps mangeant », *Le Corps. Revue Interdisciplinaire*, 4, p. 13-16.

Si la critique ancienne des obèses visait un sujet qui mangeait trop et abusait des plaisirs la table, la critique actuelle met l'accent sur un sujet qui ne sait pas maigrir et qui est incapable de maitriser ses apports alimentaires et de modifier son comportement ; sa singularité est représentée par son corps, par son apparence, éléments d'identité et d'identification par les autres. L'obèse, d'après Vigarello, pousse à l'extrême le paradoxe essentiel de l'identité contemporaine : « être conduit à s'identifier de part en part à son propre corps, alors même que ce corps est à la fois autre et soi » [196]. Cette identité est fondée, dans le monde et par le monde , dans un tissu établi vers le corps. Comme nous l'avons indiqué dans la discussion sur l'histoire du corps, un sujet corporel contemporain est de plus en plus poussé vers sa « subjectivité corporelle ». Cependant cette identité ne peut pas garantir un bon contact avec son propre corps en vivant toujours l'imminence d'une « trahison », d'une faille. Les expériences, comme celle de l'obésité et aussi celle des troubles alimentaires, sont, pourrait-on dire, une expression d'un mode d'être souvent en conflit avec son propre corps, avec le monde et avec soi-même dans un entrelacs qui ne peut pas être rompu.

Nous avons abordé ici les expériences d'un sujet dont les vécus historique et culturel ne peuvent pas être occultés sans risque d'avoir une approche superficielle et naïve de la situation. Nous voulons encore évoquer deux autres aspects importants : le premier très présent et le deuxième, d'une certaine façon, absent dans cette discussion sur l'histoire de l'obésité tout au long des siècles. Pour le premier, il s'agit du rôle dominant de la stigmatisation du sujet obèse. Sans être linéaire, celle-ci a changé avec le temps du fait du rôle de la culture au centre des dénonciations. Face à sa dimension visible, le sujet obèse est stigmatisé à partir d'un système de représentation et de croyances considérées comme un reflet de ses qualités morales. Il s'agit d'un préjudice socialement acceptable associé à une grande quantité de « bonnes intentions » par les agents de la stigmatisation[197]. Les obèses sont très soumis au regard et aux jugements des autres et leur stigmatisation a une histoire aussi longue que celle de l'obésité. Comprendre ces origines peut nous aider à comprendre le destin de cette ancienne, mais aussi actuelle, problématique. Le deuxième est le fait que d'une part le « trop manger » n'est pas étudié sous l'angle de la psychopathologie et d'autre part que sa relation avec l'obésité ne soit pas mieux analysée. Bien qu'il y ait quelques références sur ces comportements, on ne trouve pas tant dans l'histoire du corps que dans celle de l'obésité, tout au moins directement, une telle orientation. Il nous semble important de souligner que l'histoire de l'hyperphagie est à la fois confondue avec l'imaginaire « glouton » – accentuant encore plus le sens quantitatif de celle-ci – et

[196] Cf. G. Vigarello, G. *op.* cit., p. 295.
[197] Cf. J-P Poulain., *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009, p. 130-131.

rattachée aussi à la boulimie. Sans entrer dans le champ psychiatrique que nous aborderons ensuite, les références à la boulimie sont anciennes et elles ont été utilisées dès le début pour souligner la voracité et la faim parfois insatiable du sujet. La boulimie, depuis Hippocrate, est assimilée à une faim maladive et cela perduré jusqu'aux descriptions modernes aux XVIIIe et XIXe siècle[198] mais avec cependant une nuance importante, la reconnaissance de l'aspect médical, pathologique de ce comportement. La boulimie a d'abord été connue du fait de sa dimension hyperphagique. Actuellement l'accent est mis aussi et parfois surtout sur les comportements compensatoires qui permet la reconnaissance de l'hyperphagie comme une psychopathologie à part. On est autorisé à se demander pourquoi il y a si peu de références historiques sur le sens pathologique du « trop manger » et donc émettre quelques hypothèses.

La première est liée à l'absence d'une dimension psychologique avant le XIXe siècle. À ce moment-là seulement le sujet est vraiment écouté ce qui va permettre son intégration à une histoire et aussi conduit à le mettre face à une problématique de l'âme, de l'esprit. Sans l'expression du ressenti du sujet il n'était pas possible, ou au moins cela était très difficile, de considérer que l'acte de manger pouvait échapper à la dimension naturelle, biologique ou encore à un acte choisi, délibéré. La deuxième nous ramène à la dynamique quotidienne par rapport à l'acte de manger – qui souvent imposait une connotation morale – et à celle du glouton, celui qui ne pouvait se contrôler et pratiquait des excès alimentaires. Cette figure du glouton était souvent rejetée mais la relation avec une connotation pathologique n'était pas faite. Les actes hyperphagiques, dans le sens d'un « trop manger » par un sujet qui d'une certaine façon perdait le contrôle par rapport aux prises alimentaires ont été décrits mais avec diverses connotations en harmonie avec le sens donné à chaque époque, connotations qui n'évoquaient jamais une relation avec la maladie. Ainsi, l'hyperphagie proprement dite n'était pas considérée comme une maladie ; elle était souvent masquée par d'autres expériences plus acceptées et nommées autrement à différentes époques. Ce ne sont bien sûr que des hypothèses mais elles nous permettent d'associer l'hyperphagie au domaine de la psychiatrie sans oublier la dimension épidémique de l'obésité et l'émergence d'un sujet moderne disposé à faire parler ses angoisses et sa souffrance et donc à nous les communiquer.

On peut considérer qu'il y a une association, non justifiée, mais assez évidente historiquement, entre l'obésité, le « trop manger », la gloutonnerie et la gourmandise. Avec l'hyperphagie, cette association devient encore plus erronée et sans fondement. Tout paraît

[198] A. J. Stunkard, « A History of Binge Eating », in *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*, ed. par C. F. Fairburn, G. T. Wilson. New York : The Gilford Press, 1993, p. 16-17.

mélangé aboutissant à une compréhension erronée de l'obésité et à beaucoup d'erreurs de jugement. Si la gourmandise, en tant que « péché capital », a été fortement condamnée depuis le Moyen Âge[199], il y a un retour contemporain de ce péché avec l'accent mis sur les formes corporelles et sur l'obésité. L'obèse est stigmatisé par sa supposée gourmandise dans la mesure où il est vu à la fois comme glouton et comme gourmand. Avec l'hyperphagie et son statut en psychopathologie, apparaît la notion de maladie et donc une possible justification psychologique, voire psychiatrique, pour l'obésité. Le risque est de « psychopathologiser » l'obésité sous la forme hyperphagique et de lui attribuer un sens causal. La non clarification de la spécificité de chaque expérience peut provoquer l'adhésion à des stratégies non personnalisées qui visent surtout à façonner le corps et à lui fournir la santé désirée. L'histoire du corps et celle de l'obésité nous montrent la croissance d'une souffrance et la nécessité d'une surveillance.

[199] Voir F. Quellier, *Gourmandise : histoire d'un péché capital*. Paris : Armand Collin, 2013, p. 14.

Chapitre 2 - L'approche psychiatrique de l'expérience hyperphagique et de l'obésité : au-delà de leurs frontières

Ce chapitre vise l'exploration de l'expérience hyperphagique et de l'obésité sous l'angle de la psychiatrie et les implications de celle-ci pour l'établissement des frontières entre ces deux phénomènes. L'approche psychiatrique a, sans doute, un rôle majeur qui touche la composition des pratiques cliniques dans le champ psy et permet de discourir sur les troubles mentaux et leurs rapports avec l'hyperphagie et l'obésité. Notre exploration a une dimension à la fois historique et critique par rapport à la classification des « troubles de conduites alimentaires » et de l'obésité trouvée dans les manuels. Nous reconnaissons leur importance mais, aussi et surtout, leurs limites.

Nous aborderons tout d'abord l'approche psychiatrique de l'hyperphagie en présentant ses contributions cliniques et conceptions théoriques à partir des manuels de classification, aussi bien que quelques contradictions présentes. Ensuite, nous mettrons l'accent sur l'obésité en présentant quelques données épidémiologiques, qui démontrent sa large portée ; ensuite nous explorerons à la fois le besoin d'une définition de l'obésité et ses limites, sans oublier l'importance de comprendre le sujet obèse pour pouvoir l'aider. Pour finir, nous discuterons de la relation entre l'obésité et la présence continue d'un vécu hyperphagique.

Aller au-delà de leurs frontières signifie qu'il faut explorer ces phénomènes entrelacés. Ces frontières ne sont pas rigides, surtout lorsque nous parlons d'une expérience quotidienne comme l'acte de manger. On pourrait aborder le comportement hyperphagique de façon isolée, présenté par un patient obèse ou par une patiente boulimique par exemple. Néanmoins, il est évident que pour comprendre l'expérience hyperphagique dans l'obésité, il faut essayer de dépasser leurs frontières respectives afin de trouver le sens de cette expérience et chercher à en comprendre les nuances.

2.1. L'approche psychiatrique de l'expérience hyperphagique et de l'obésité et le rôle des manuels

Lorsqu'une expérience de vie devient une maladie classée, la demande d'une intervention devient plus impérative et dirigée vers les domaines qui constituent une voie de prise en charge. La psychiatrie a un rôle central tant pour la proposition de traitements que pour l'élaboration de discussions ancrées sur les symptômes concernant ces troubles du comportement alimentaire. Les manuels de classification suivent une tradition médicale, malgré

la participation d'autres domaines dans leur construction, et cherchent à répondre au besoin d'une classification la plus homogène possible, c'est-à-dire permettant d'identifier une maladie quelles que soient les modalités de ses manifestations. Sans doute, les manuels les plus connus, très utilisés mais aussi critiqués, sont le DSM - *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, développé par l'American Psychiatric Association, et, plus spécifiquement, le Chapitre F relatif aux troubles mentaux et comportementaux de la CIM - *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*, développée par l'Organisation Mondiale de Santé. Alors que le DSM est entièrement dédié aux troubles mentaux, la CIM est une classification de toutes les maladies.

Ces deux systèmes de classification présentent plus de similitudes que de divergences, surtout en ce qui concerne le DSM-IV et la CIM-10[200]; presque 90% des contenus sont identiques et admis sur le plan international ; la plupart des classification proposées au niveau national s'alignent sur le DSM ou sur la CIM[201]. La collaboration entre le DSM et la CIM a continué lors de la publication du DSM-5, en 2013, et de la 11e Révision de la CIM, encore inachevée. Les résultats de celle-ci devront être soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale de l'OMS en 2017 en envisageant sa publication en 2018[202]. Chaque nouvelle classification publiée est riche en expectatives, soit du fait de ceux qui sont impliqués directement par la maladie comme les patients, soit du fait du rôle des médias et des politiques de santé, sans oublier l'intervention de l'industrie pharmaceutique.

Les classifications des troubles mentaux évoluent constamment, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas statiques puisqu' elles dépendent entre autres des contraintes scientifiques et de l'évolution de la société, ce qui peut d'ailleurs aboutir à des effets contradictoires[203]. Classer n'est pas chose aisée et il est encore plus difficile de construire un système de classification admis par tous. En outre, au-delà de la classification, il faut bien réfléchir sur l'intérêt de l'usage de ces manuels et envisager les possibilités qu'ils offrent ainsi que les contraintes qu'ils imposent. Même si on les considère avec un esprit critique et si l'on n'accepte pas tout ce qu'ils proposent, ils sont de plus en plus utilisés et ancrés dans notre société contemporaine. Leur complexité et l'amplitude des domaines explorés ne permettent pas de jugements simples et « décontextualisés ». Compte tenu de ces considérations pourquoi étudier les classifications ou

[200] C. B. Pull, DSM-5 et CIM-11, *Annales Médico-Psychologiques,* 2014, vol. 172, p. 678.
[201] S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris : Ithaque, 2013, p. 246.
[202] C. B. Pull, *op. cit.*, p. 679.
[203] M-A. Crocq, Les principes du DSM, *Annales Médico-Psychologiques*, 2014, vol. 172, p. 654.

même les aborder dans cette thèse ? La réponse est simple car les « systèmes de classification influent sur les programmes de recherche, les questions politiques, les initiatives de financement, remboursements et stratégies de traitement. Les diagnostics fiables et valides fournissent une procédure de communication raccourcie entre les cliniciens, les initiatives de recherche et des interventions cliniques »[204]. Ce sont des arguments certes valables mais qui sont plus politiques que scientifiques. Nous pourrions ajouter aussi des arguments cliniques en soulignant, par exemple, les impacts de ces diagnostics sur les patients et sur les orientations de traitement qui en résultent ».

Notre but ici est d'exposer les problèmes de la dynamique classificatoire imposée par les dits manuels de classification, aussi bien que les implications d'un diagnostic en psychiatrie. Nous aborderons l'approche psychiatrique de l'hyperphagie – soit sous la forme d'un comportement isolé, soit comme comportement correspondant à la classification spécifique d'une psychopathologie – puis nous verrons comment est placée l'obésité et aussi la boulimie face à l'existence d'une expérience hyperphagique pris comme critère diagnostique. Ces trois phénomènes sont souvent intriqués dans leur expression et dépassent leurs propres frontières, ce qui exige une attention particulière du clinicien pour bien les comprendre et donc les traiter. Ni le comportement hyperphagique isolé ni l'obésité ne sont classés comme troubles mentaux en soi, dimension atteinte seulement par la boulimie et l'accès hyperphagique, mais cela n'est pas suffisant pour les exclure de la problématique classificatoire concernant les troubles mentaux et pour leur refuser l'aide d'un traitement psychiatrique.

2.1.1. Les propositions initiales du DSM sur les troubles des conduites alimentaires

Le DSM-I, ou encore tout simplement DSM lors de sa parution, a été publié en 1952 et marque l'acte de naissance des classifications des troubles mentaux contemporains[205]. Depuis ce DSM initial jusqu'au DSM-5 utilisé aujourd'hui, diverses modifications ont été apportées avec l'apparition de nombreuses spécificités tout en conservant des éléments historiques et épistémologiques que nous n'avons pas l'intention d'aborder ici car cela sortirait du cadre de ce travail. Pour autant, il faut bien comprendre les buts, dès l'origine, d'une telle classification

[204] D. L. Franko, S. A. Wonderlich, D. Little, D. B. Herzog, « Diagnosis and classification of eating disorders », in *Handbook of eating disorders and obesity*, org. par J. K. Thompson. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2004, p. 58.
[205] S. Demazeux, *op. cit.*, p. 46.

et explorer les changements survenus en ce qui concerne le sujet qui nous intéresse, à savoir les troubles des conduites alimentaires.

Le grand succès du DSM-III a ressuscité le DSM-I et le DSM-II, éditions dérivées de la classification publiée par le psychanalyste Willien C. Menninger (1899-1966), en 1943, et connue comme *Médical 203*. Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, le besoin d'une classification des pathologies plus pragmatique s'est fait sentir du fait du nombre croissant de diagnostic de troubles du comportement concernant des sujets affectés par le stress psychologique de la guerre. Le DSM-I, instaure une séparation entre les troubles mentaux organiques et les troubles non-organiques et présente aussi quelques différences avec le *Médical 203.* Les DSM I et DSM II utilisent des schémas explicatifs psychanalytiques et le concept de réaction. Le DSM-II, publié en 1968, traduit déjà un désir d'harmonisation avec la CIM : les troubles de l'enfant sont classés dans un chapitre à part tandis que le mot réaction tend à disparaître du vocabulaire employé. La période de sa publication correspond, il est vrai, à l'époque, qui a suivi la Seconde guerre mondiale, où l'optimisme était devenu la règle et au cours de laquelle les travaux relatifs à la psychiatrie américaine étaient en pleine expansion[206].

La révolution de la nosographie américaine commence réellement avec le DSM-III[207] (1980) qui modifie le langage de la psychiatrie en s'éloignant de la psychanalyse et en popularisant de nouveaux concepts. Son but était de permettre le diagnostic le plus fidèle possible en imposant l'usage d'un même terme ayant le même sens pour tous. L'influence de Robert Spitzer est remarquable quant aux choix décisifs retenus pour le DSM-III et DSM-III-R qui introduisent des critères diagnostiques de recherche, fondement même du DSM-III, lequel se proposait d'être athéoriques. Les diverses situations d'une consultation psychiatrique devant être envisagées, cela a provoqué une inflation du nombre de diagnostics. Le but du DSM III a été poursuivi avec le DSM-III-R et le DSM-IV avec un accroissement des diagnostics présentés : le DSM-I comporte 106 troubles mentaux classés tandis que le DSM-IV, quarante-deux ans après, en présente 297 [208]. Depuis cette tendance à l'augmentation du nombre de cas répertoriés et à l''inclusion de « nouveaux » modes d'être malade touchant à la fois les modalités de traitement et la manière « de vivre avec une maladie » a perduré.

[206] M-A. Crocq, *op. cit.,* p. 653-654.
[207] L'indisponibilité du DSM-I et du DSM-II dans la Bibliothèque National de France – BNF nous a contraint à consulter le DSM qu'à partir du DSM-III.
[208] Cf. M-A. Crocq, *op. cit.*, p. 654.

La traduction en plusieurs langues du DSM-III a été une avancée fondamentale et explique que cet ouvrage soit devenu non seulement la première classification américaine mais aussi internationale. En France, le DSM-III a été traduit en 1983 et le DSM-III-R (paru en 1987) en 1989. Le DSM a dépassé le statut international de la CIM du fait des nouvelles possibilités relatives à la recherche et à la compréhension diagnostique[209]. Malgré ce succès, des critiques se sont élevées concernant plusieurs aspects envisagés. La psychiatrie française en particulier a montré une grande résistance aux impératifs imposés par le DSM estimant qu'il ne tenait pas assez compte des nuances lors du diagnostic. Les principales critiques portaient sur la nature et la définition du trouble mental, sur les frontières entre la normalité et le trouble, sur des comorbidités psychiatriques souvent rencontrées, sur l'intérêt très relatif du DSM pour les cliniciens et même pour les chercheurs, sur l'utilisation abusive de certaines catégories diagnostiques, sur la concordance imparfaite du DSM avec la CIM-10, sur l'exportation « globale » par les Etats-Unis, sans esprit de critique, de manifestations pathologiques, sur l'accession des affects banals au rang de maladies et sur les imprécisions par rapport aux handicaps résultant de troubles mentaux[210].

D'après Corcos[211], le système DSM a un effet pervers car l'ambition du psy n'est plus de s'approcher le plus possible de l'expérience du patient mais de donner une réponse cohérente et objective à son excentricité, en travaillant sur la base de critères diagnostiques les mêmes pour tous donc pouvant permettre des comparaisons quant aux résultats. Il résulte de cela, et l'on peut admettre que c'est regrettable, une mécanisation de la perception clinique, une industrialisation de la clinique dont les responsables sont surtout le DSM mais aussi la CIM. Le DSM doit être considéré comme un mode de penser, construit historiquement ; il met en évidence la caractéristique d'une époque, la nôtre, marquée par un processus de rationalisation dans les sociétés occidentales. Le domaine étudié est certes la folie mais celle-ci est confondue couramment avec le désordre et la violence[212].

Le DSM a été l'objet d'un rejet très fort par toute une génération de cliniciens psychiatres français – rejet moins prononcé, il est vrai, par les jeunes psychiatres d'aujourd'hui. Les différences culturelles entre l'ancien et le nouveau monde, qui sont profondes, peuvent expliquer ce rejet. Demazeux[213] répertorie quelques-unes d'entre elles qui lui paraissent

[209] *Ibid*., p. 656.
[210] M. Minard, *Le DSM-ROI. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Toulouse : Ares, 2013, p. 340.
[211] M. Corcos, *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*. Paris : Éditions Albin Michel, 2011, p. 12.
[212] *Ibid.*, p. 17
[213] Cf. S. Demazeux, *op. cit.*, p. 248-249.

essentielles telles : 1) la différence entre les deux systèmes de santé ; 2) la place considérable occupé par le diagnostic dans le parcours de soin aux États-Unis; 3) le caractère inséparable, dans la culture américaine, de la science et de l'humanisme. Il nous semble que tout rejeter n'est plus possible actuellement. L'objectivité propre au DSM est très attractive et converge avec le discours contemporain. Plutôt que de rejeter le DSM mieux vaut l'aborder de façon critique, en considérant les différences culturelles et surtout épistémologiques qui soutiennent la clinique psychiatrique et, évidemment, qui ont un retentissement sur les autres possibilités cliniques. La question de l'usage des classifications est illustrée ici car pourrions-nous ne pas aborder le DSM dans cette thèse pour discuter sur les troubles alimentaires ? La réponse est non, bien sûr, il faut vivre avec son temps. Ne pas discuter le DSM 5 serait une attitude conduisant à rejeter la conception actuelle des troubles mentaux en méprisant l'impact d'une œuvre majeure, ayant conduit aux diverses versions du DSM, capable d'influer sur la façon de penser et d'imposer des nouveaux paradigmes au discours psychiatrique.

En ce qui concerne plus particulièrement le sujet qui nous intéresse, diverses dénominations sont employées selon la date de publication du DSM. Troubles de l'alimentation (DSM-III et DSM-III-R), Troubles de conduites alimentaires (DSM-IV et DSM-IV-R) ou encore Troubles de conduites alimentaires et d'ingestion d'aliments (DSM-5). Ces troubles ont commencé à être classés et individualisés lors de la publication du DSM-III. La boulimie par exemple n'apparaît que dans le DSM-III juste après la description de Russel en 1979. Cette première classification des troubles de l'alimentation de conduites alimentaires était centrée sur l'anorexie et sur la boulimie, posées alors comme des troubles apparemment liés[214] [215]. La boulimie est définie dans le DSM-III à partir des caractéristiques essentielles suivantes : « Épisodes répétés de frénésie alimentaire (binge eating ou consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans un temps limité), sentiment de perte de contrôle, vomissements, laxatifs, régimes stricts, exercices physiques, préoccupation excessives et persistantes en relation avec le poids et la forme corporelle »[216]. L'expression frénésie alimentaire est ici utilisée pour définir le comportement hyperphagique présent dans la boulimie. Cette définition de la frénésie alimentaire, consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans un temps limité, fait prendre conscience, dès cette première classification, de la difficulté d'imposer des limites ; en effet il s'agit là d'une définition assez ouverte. Il est précisé par

[214] Nous avons choisi d'utiliser la version révisée du DSM-III, puisque nous la considérons plus complète.
[215] American Psychiatric Association, *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1989, p. 72.
[216] *Ibid.*, p. 76.

ailleurs que ces épisodes doivent se produire au moins deux fois par semaine pendant un laps de temps de trois mois et être associés à la perte de contrôle alimentaire. Le critère de la préoccupation excessive concernant le poids et la forme est aussi central et démontre « l'ancrage au corps » de l'expérience boulimique. Cette expérience converge avec la tendance contemporaine de régulation et mise en forme du corps en surmontant, dans ce cas, les frontières de normalité. Ce corps, que les boulimiques veulent « modeler », est sujet et objet pour eux et est affecté par le regard de l'autre.

Si le comportement hyperphagique est présent comme critère diagnostique de la boulimie, il n'y a aucun indice de la future classification de l'« accès hyperphagique » , considéré plus tard comme trouble mental, dans DSM-III, y compris dans les troubles non spécifiés. Quant à l'obésité, malgré son inclusion dans la CIM-9, elle est absente dans le DSM III sous le prétexte qu'elle « n'est généralement pas associée à un syndrome psychologique ou comportemental distinct »[217]. Lorsque ces facteurs existent, la position du DSM-III est de classer l'obésité parmi les « Facteurs psychologiques influençant une affection physique »[218].

Dans le DSM-IV[219] les caractéristiques de la boulimie sont centrées sur ce qui est appelé « crises de boulimie » – préalablement appelées crises de frénésie alimentaire – traduction de l'expression anglaise *binge eating* – et sur le recours à des méthodes compensatoires inappropriées pour combattre la prise de poids. Cette crise de boulimie est définie comme une « absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans des circonstances similaires »[220], toujours en considérant le contexte de la prise alimentaire. Ce qui la caractérise c'est la quantité de nourriture ingérée suivie par un essai de contrecarrer cette crise boulimique. Il faut souligner aussi le sentiment de honte quant aux problèmes alimentaires qui a été bien mis en évidence. Le déclenchement de la crise est attribué à des états de dysphorie, de tensions interpersonnelles, d'un état de faim après une période de restriction ou même aux pensées liées au poids, à l'apparence corporelle et à la nourriture[221]. Une différence entre le DSM-III et le DSM-IV est la division, dans le DSM-IV, de la boulimie en deux sous-types : type avec vomissements ou prise de purgatifs et type sans vomissements ni prise de purgatifs.

[217] Cf. *Ibid*., p. 72.
[218] Cf. *Ibid.*, p. 375.
[219] Nous avons choisi d'utiliser aussi la version révisée du DSM-IV.
[220] American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2003, p. 683.
[221] *Ibidem*.

Sur l'obésité, la position reste la même que celle exposée dans le DSM-III. Le grand changement du DSM-IV est la proposition de nouvelles catégories de pathologies, encore provisoires, nécessitant des recherches complémentaires et le perfectionnement des critères diagnostiques. Parmi ces pathologies, on peut citer l'hyperphagie boulimique, distincte du trouble boulimique ; ainsi commence à apparaître une « nouvelle » maladie dont les deux caractéristiques essentielles sont les suivantes : 1) des crises de boulimie, avec des sensations subjectives et des manifestations comportementales comme une perte de contrôle du comportement alimentaire et une souffrance importante liée aux crises ; 2) l'absence de recours de façon régulière aux comportements compensatoires inappropriés qui caractérisent la boulimie ; cette deuxième caractéristique a surtout pour fonction de différencier ce trouble nouvellement répertorié de la boulimie proprement dite. Il est important de souligner aussi l'accent mis sur la souffrance pendant et après les crises de boulimie ; de plus les crises doivent survenir au moins deux jours par semaine pendant une période d'au moins six mois.

Parmi les troubles associés, l'obésité est citée de façon assez générale : « Les sujets en pratique clinique qui s'alimentent de cette façon ont différents degrés d'obésité »[222]. Les échantillons de patients issus de programmes diététiques révèlent une prévalence de l'obésité qui varie de 15 à 50%, ce qui évoque une chronicité, surtout si l'on compare ce résultat avec la prévalence de cette pathologie associée, de l'ordre 0,7 à 4 %, observée dans une population non-consultante. La dépression et l'anxiété accompagnent ces crises ainsi qu'une sensation de tension parfois non spécifiée. Un aspect dissociatif est évoqué, dans quelques cas, ce qui ramène alors à l'expérience vécue de « manger »: « De nombreux sujets mangent toute la journée, sans faire aucun vrai repas »[223].

Même si ce trouble est encore en cours d'étude et se trouve « non-spécifié » à ce jour, des critères de recherche[224] sont établis avec une description plus spécifique des crises de boulimie qui doivent associer deux caractéristiques: 1) l'ingestion, dans un laps de temps limité (moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances; 2) le sentiment d'une perte de contrôle du comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou encore la quantité ingérée). Le premier critère est exactement le même que celui observé en cas de boulimie mais le critère suivant implique d'autres manifestations qui doivent

[222] Cf. *Ibid.*, p. 904.
[223] Cf. *Ibidem*.
[224] *Ibid.*, p. 906.

être associées aux crises de boulimie. Trois ou plus des caractéristiques suivantes sont exigées pour permettre d'affirmer le diagnostic d'hyperphagie boulimique : 1) manger beaucoup plus rapidement que la normale ; 2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; 3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; 4) manger seul du fait de la gêne ou même de la honte ressentie en relation avec la quantité de nourriture absorbée ; 5) être dégoûté de soi-même, déprimé ou se sentir coupable après avoir trop mangé. Les autres critères sont le fait que ce comportement boulimique est source d'une souffrance intense, qu'il apparaisse avec une certaine fréquence et qu'il n'entraîne pas le recours systématique à des comportements compensatoires.

Le DSM-IV n'a pas « inventé » l'hyperphagie boulimique puisque son inclusion est le résultat de plusieurs études antérieures réalisées sur des patients et surtout celui de l'observation d'un trouble différent de la simple boulimie chez ces derniers, trouble particulier qui a attiré l'attention des chercheurs. L'inclusion dans le DSM IV de ce trouble traduit une intensification de l'observation et incite à augmenter les recherches et l'investissement cliniques, cette pathologie ayant un impact non seulement clinique mais aussi économique et politique. Bien que l'expression hyperphagie boulimique soit utilisée pour nommer un « nouveau » trouble, celui-ci n'a pas fait l'objet de discussions et il n'a même pas été réellement défini par la communauté scientifique. L'usage de cette dénomination nous semble pourtant être justifié par la constatation, dans ce cas, de l'accentuation de la crise boulimique associée au « trop manger », à la perte de contrôle des apports alimentaires et à d'autres manifestations cliniques absentes en cas de simple boulimie.

2.1.2. L'arrivé du DSM-5 : de la non spécificité à la définition d'une « nouvelle » maladie

Une caractéristique particulière des manuels, et cela est vrai pour le DSM, est la divulgation, avant même leur parution, de quelques résultats préliminaires ou de changements d'opinion sur certains points. Cette caractéristique permet, d'une part, une réflexion sur ce qui est révélé et, d'autre part, des critiques préalables, surtout quand il s'agit d'une publication riche en expectatives et éditée avec un écart de treize ans par rapport à la précédente édition, ce qui est le cas pour le DSM-5. La première édition du DSM-5 a paru en 2013 aux États-Unis et sa traduction française date de 2015. Le but reste le même que celui du premier DSM : faciliter l'élaboration de diagnostics plus fiables. Pour atteindre cet objectif, les critères diagnostiques sont considérés comme le meilleur moyen d'expression des troubles mentaux, permettant leur

identification par des cliniciens d'origines diverses. Cet ouvrage sert, dans cette logique, de « guide pratique, fonctionnel et au traitement adéquat des troubles mentaux »[225], comme cela est défini dans la préface du DSM 5.

Dans le DSM-5 les troubles de conduites alimentaires sont appelés aussi troubles de l'ingestion d'aliments et sont caractérisés par « des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social »[226]. L'obésité, comprise comme l'excès de graisse corporelle en relation avec un excès d'apports alimentaires par rapport aux dépenses énergiques du sujet, n'est pas considérée un trouble mental dans le DSM-5 ; des facteurs génétiques, physiologiques, comportementaux et environnementaux contribuent à son développement. Cependant bien que l'obésité ne soit pas considérée comme un trouble mental, il faut reconnaître qu'elle présente des liens indéniables avec de nombreux troubles mentaux comme par exemple l'accès hyperphagique, notre centre d'intérêt dans ce travail, mais aussi avec les troubles dépressifs et bipolaires et la schizophrénie, entre autres[227]. Du fait de sa fréquence et de ses modes d'expression variés l'obésité s'impose comme un vrai problème de santé publique dont la prise en charge est complexe tant ses manifestations cliniques sont différentes et apparaissent dans des sociétés aux coutumes très différentes.

En ce qui concerne la boulimie, il n'y a pas de changements significatifs dans le DSM 5 par rapport aux critères et caractéristiques diagnostiques retenus jusqu'ici. Trois changements quand même sont à signaler. Le premier est la modification de l'expression « crises de boulimie » remplacée par « accès hyperphagiques », l'expression « crises de gloutonnerie » pouvant aussi être utilisée ; ce changement, lié à la traduction française, n'est pas l'objet de discussions et la définition reste exactement la même. Il s'agit malgré tout d'une modification qui peut avoir un retentissement important en pratique courante car le nom choisi peut avoir un sens différent selon la culture de ceux qui l'emploient. Il nous semble que le mot gloutonnerie n'est pas adéquat dans la mesure où il a une connotation morale, relative au jugement à partir du choix de « trop manger » ; il peut même évoquer une faille due à l'incapacité à contrôler le besoin de manger. Au Brésil, pour donner un autre exemple de l'importance de la dénomination et de la traduction, la crise de boulimie, définie dans le DSM-IV, est nommée « compulsion

[225] Cf. American Psychiatric Association. DSM-5. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Issy-les-Molineaux : Elsevier Masson, 2015, p. Iiii.
[226] Cf. *Ibid.,* p. 387.
[227] *Ibidem.*

périodique ». Or le mot compulsion, qui est aussi souvent utilisé en France et ailleurs, nécessite un minimum de discussion quant au sens dans lequel il est employé. De même l'expression en français « accès hyperphagique », utilisée dans la description de la boulimie simple, est la même que celle utilisée pour décrire la « nouvelle maladie », l'hyperphagie boulimique, laquelle est désignée dans le DSM-5 par l'expression accès hyperphagique.

Le deuxième changement est la diminution du nombre exigé d'accès hyperphagiques et de comportements compensatoires qui passe de deux par semaine pendant trois mois à au moins une fois par semaine ; il s'agit là d'un changement quantitatif dangereux car il réduit encore la notion de seuil de normalité. Le troisième changement réside dans le fait que dans le DSM-5 il n'y a plus une spécification par rapport au type de boulimie, mais simplement sur la sévérité, de la pathologie avec une évaluation des comportements compensatoires dite légère (1-3), moyenne (4-7), grave (8-13) et extrême (14)[228]. Ces changements exposent à admettre une vraie proximité entre la boulimie et l'ancienne « hyperphagie boulimique » dans le sens d'un recentrage sur le comportement hyperphagique. Par contre, cette proximité présente dans ce DSM n'apparaît pas dans les modes de manifestation. Tandis que la boulimie est évoquée plutôt comme une maladie liée à la problématique du corps et à celle de la minceur et identifiée par la radicalité et le caractère parfois choquant des modes de compensations, l'hyperphagie se trouve encore dans un terrain incertain, soit dans sa connexion encore mal établie avec l'obésité, soit du fait de l'insuffisance de compréhension de ses modes de manifestation en termes d'addiction, de compulsion ou même d'impulsivité.

Avec le DSM-5, une « nouvelle » maladie est présentée : l'accès hyperphagique ; ici les guillemets sont justifiés puisque ce mode d'expression n'est pas tout à fait nouveau. Cependant, dans la mesure où il est bien défini, décrit et publié ses impacts sont vastes. En outre, si le mot accès paraît redondant, il faut reconnaître qu'il essaie d'éviter de considérer tout épisode d'hyperphagie comme une maladie. Nous employons « essaie » parce que, dans la population en générale, il y a une appropriation des descriptions psychopathologiques et une diminution des frontières entre ce qui est considéré comme normal - « trop manger » dans une fête par exemple -, et ce qui pourrait être pathologique. Le comportement hyperphagique ramène à l'idée d'excès, parfois difficile à mesurer, surtout quand il s'agit d'une expérience quotidienne comme celle de manger. En outre, on peut observer, chez les patients concernés par une problématique liée au poids, au corps et à l'acte de manger, un discours sur l'excès alimentaire,

[228] American Psychiatric Association, DSM-5, *op. cit.*, p. 406.

souvent associé à un sentiment de culpabilité et aussi à une difficulté (ou excès) de contrôle ayant le corps comme cible.

Comme toute nouvelle édition doit apporter des avances et de nouvelles découvertes par rapport aux précédentes, ce qui n'était jusque-là qu'un trouble non spécifié, nommé en français « hyperphagie boulimique », devient une maladie nommée « accès hyperphagique ». Ce changement trouve sa justification en fonction des résultats des recherches qui montrent une demande de l'augmentation de l'attention portée à l'hyperphagie, ce qui a pour corollaire la nécessité d'une catégorisation spécifique et satisfaisante. En outre, l'APA (American Psychiatric Association) met l'accent sur l'importance de la distinction entre le comportement hyperphagique, très banal, et l'accès hyperphagique qui lui est associé à d'autres problèmes physiques et psychologiques graves. Même en tenant compte de ce changement de statut, les critères de recherche, proposés dans le DSM-IV, sont presque les mêmes, mais actualisés, que ceux trouvés dans le DSM-5 comme critères de diagnostic. Parmi les changements, permettant de parvenir à un diagnostic d'accès hyperphagique il faut noter la fréquence moyenne des épisodes réduite à au moins une fois par semaine pendant trois mois ainsi que le niveau de gravité estimé, comme dans la boulimie, par les termes léger, moyen, grave et extrême.

Il est encore trop tôt pour mesurer les impacts de l'inclusion de ce nouveau diagnostic dans le DSM 5. Le regard porté sur l'accès hyperphagique, en tant qu'un trouble mental, est d'ailleurs connu depuis longtemps. L'accès hyperphagique est rencontré souvent en clinique et le comportement hyperphagique est présent aussi dans la boulimie et peut d'ailleurs se manifester même dans l'anorexie. En ce qui concerne l'obésité, l'association est encore plus directe et faite aussi par les médias, public non médical. Le lien entre être obèse et « trop manger » peut paraître évident : plus de consommation nutritionnelle donc plus de masse corporelle. Cependant, tous les obèses n'ont pas un comportement hyperphagique et, pour ceux qui présentent ce comportement, ce dernier doit être différencié de l'accès hyperphagique ; de plus tous les patients hyperphagiques ne sont pas forcément obèses. En fait, la plupart des patients obèses ne présentent pas d'accès hyperphagiques récurrents[229]. Il ne s'agit pas ici de relativiser cette association, mais cela amène a bien réfléchir sur la complexité de cette expérience et au processus quotidien qui recouvre l'acte de manger. On ne peut pas tout considérer comme pathologique surtout lorsqu'il s'agit d'un comportement de dimension primordiale, comme la conduite alimentaire : il faut être alors être très mesuré, très prudent dans les conclusions et les interprétations. Ces considérations montrent combien les frontières

[229] American Psychiatric Association, DSM-5, *op. cit.,* p. 413.

sont floues entre ces divers comportements alimentaires comme cela a été signalé tout au long de ce chapitre.

Nous allons encore souligner, dans la description proposée par le DSM-5, quelques points qui ont retenu notre attention et nous ont fait réfléchir. Le premier point, que nous avons déjà mentionné et sur lequel il convient d'insister, est le risque d'étendre à tort l'accès hyperphagique comme diagnostic associé à l'obésité. Malgré leurs liens possibles, il ne s'agit pas d'une association directe et encore moins causale. Il faut bien établir les limites afin de ne pas prendre le risque d'aboutir, par erreur, à un trop grand nombre de diagnostics d'hyperphagie pour trouver une explication à l'explosion mondiale de l'obésité ou, pire encore, de trouver à l'obésité une justification psychiatrique ayant pour conséquence une prise en charge dans ce domaine tout à fait injustifiée. Les patients obèses avec accès hyperphagiques sont différents de ceux qui sont obèses sans accès hyperphagiques[230]. Par ailleurs, la littérature scientifique occulte couramment la recherche sur les troubles de conduites alimentaires accompagnés de surpoids ou d'obésité[231] et pourtant une intensification des recherches dans ce domaine nous paraît essentielle. Les frontières ne sont pas rigides entre ces phénomènes et elles gagneraient à être mises en évidence de façon rationnelle et claire.

Le deuxième point concerne ce que le DSM-5 décrit comme l'absence d'une sensation physique de faim au moment du comportement hyperphagique. Bien que l'approfondissement de la discussion ne soit pas l'intention du DSM, nous estimons que la question de la faim ne peut être négligée, même si elle est absente dans certains cas. La faim fait partie de notre existence en tant que sensation corporelle ; c'est elle qui nous pousse en général vers l'alimentation. Cependant, dans tous les troubles de conduites alimentaires, il y a une altération de la logique circulaire faim-alimentation-satiété ; à notre avis ce point devra être exploré. Des questions sont aussi suggérées lorsque l'on réfléchit : si la sensation physique de faim est absente, est-ce qu'il y aurait une autre sensation de faim qui ne soit pas physique ? Ce point nous amène vers la distinction entre le besoin et le désir, entre la nécessité et l'envie en ce qui concerne « le manger » et la compréhension de la faim au-delà des limites physiologiques. Le troisième point porte sur les sentiments associés au « trop manger » ; la souffrance, par exemple, qui doit forcément être présente selon la définition retenue. Il nous semble qu'une telle affirmation est trop générale, isolée du contexte et considérée, parfois à tort, comme une

[230] B. Tuschen-Caffier, C. Schlüssel, « Binge Eating Disorder : A New Eating Disorder or an Epiphenomenon if Obesity ? », in *Obesity and Binge Eating Disorder*, éd. par S. Munch, C. Beglinger. New York: Basel, coll. Bibliotheca Psychiatrica, no. 171. 2005, p. 145.
[231] Ibid., p. VIII.

relation de cause à effet – ils mangent trop et ensuite ils sont déprimés. Évidemment, l'excès de prise alimentaire a des conséquences, mais nous pensons qu'il faut comprendre ces comportements comme faisant partie d'un processus qui commence bien avant l'acte de manger.

Le quatrième et dernier point, plus polémique, est l'absence de la question de l'image du corps dans les critères diagnostiques de l'accès hyperphagique dans le DSM 5. Contrairement à ce qui est envisagé pour la boulimie, où la question du poids et de la forme est soulignée dès le DSM-III, il n'y a aucune référence à la question du corps dans le dernier DSM en ce qui concerne en particulier les accès hyperphagiques. Il nous semble possible et tout à fait vraisemblable que la souffrance associée au comportement hyperphagique ait une relation avec la question du corps et de sa forme. Ces relations devront être plus explorées, surtout puisqu'elles interviennent dans la définition de l'hyperphagie[232]. Les cliniciens d'ailleurs insistent sur l'existence d'une préoccupation et d'une souffrance attachée à l'image corporelle[233]. L'image du corps et de sa forme deviendront peut-être les futurs critères diagnostiques et cela ne nous étonnera pas en raison de la tendance à associer l'hyperphagie à l'obésité et à la boulimie. Ces éléments ne sont pas tout à fait absents dans l'accès hyperphagique. Nous devons être en permanence à l'écoute des patients relatant leur expérience, leur vécu et ne jamais oublier que l'hyperphagie apparaît toujours dans un corps, corps dans lequel nous vivons et avec lequel nous vivons, et qui porte plusieurs sens.

2.1.3. La position de la CIM-10

La CIM-10 a été publiée en 1993. Plus de vingt ans après, elle occupe encore une position importante dans le discours psychiatrique et celui relatif à la santé publique. La publication imminente de la CIM-11 a éveille notre curiosité, bien que nous soyons conscient de sa convergence avec le DSM-5 et du processus inéluctable et patient de nouvelles définitions et suppressions imposées par une nouvelle édition. Sous le numéro F50, les troubles de l'alimentation[234], expression utilisée, sont centrés surtout sur l'anorexie (F50.0) et sur la boulimie (F50.2) ainsi que dans leurs versions moins spécifiques (F50.1 et F50.3) – anorexie et

[232] A. B. Goldschmidt, A. Hilbert, J. L. Manwaring, D. E. Wilfley, K. M. Pike, C. G. Fairburn, R. H. Striegel-Moore, « The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder », *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. *48*, n., p. 187-193.
[233] B. Tuschen-Caffier, C. Schlüssel, *op. cit.*, p. 143.
[234] Organisation Mondiale de la Santé, *CIM-10. Classification Internationale des Maladies*.Dixième révision. Genève : OMS ; Paris ; Milan ; Barcelone : Masson, 1993, p. 158.

boulimie sont les seuls syndromes bien définis. Le manuel aborde aussi une sorte d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4), à des vomissements ainsi qu'à d'autres perturbations psychologiques (F50.5), à d'autres troubles de l'alimentation (F50.8) et à ce qui est appelé trouble de l'alimentation sans précision (F50.9).

La boulimie est définie comme un syndrome marqué par « les accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive concernant le contrôle du poids corporel, conduisant le sujet à adopter des mesures extrêmes pour neutraliser la prise de poids liée à la nourriture »[235]. Bien qu'elle n'apporte pas une explication véritable et spécifique, cette approche suggère une relation entre obésité et anorexie. Il nous semble que l'explication de la relation se limite toujours au potentiel anorexique de la boulimie et au potentiel boulimique de l'anorexie, conception assez floue il faut le reconnaître. A partir de la publication de la CIM-10, pour que le diagnostic de ces pathologies soit posé trois groupes de signes doivent être simultanément présents: a) une préoccupation persistante concernant l'alimentation associée un besoin irrésistible de nourriture et à des épisodes d'hyperphagie avec consommation de grandes quantités de nourriture en un temps limité ; b) le sujet doit tenter de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en excès en recourant à l'un au moins des moyens suivants: des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de "coupe-faim", de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques, certains (diabétiques de type 1) peuvent même sciemment négliger leur traitement insulinique ; c) des manifestations psychopathologiques, comme par exemple, une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids pré-morbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin ou conforme à l'indice de masse corporelle idéal. La CIM-10 décrit aussi une sorte de boulimie atypique, la différence principale étant l'absence de l'un ou de plusieurs des symptômes-clés, bien que le tableau clinique reste celui de la boulimie mais celui-ci est accompagné de symptômes dépressifs.

Dans la classification de la CIM-10 l'hyperphagie n'est pas encore considérée comme un trouble spécifique mais probablement suivra-t-elle bientôt les instructions contenues dans le DSM-5. Cependant, la classification de la CIM-10 range l'hyperphagie dans les troubles associés à des perturbations psychologiques[236] comme par exemple une obésité consécutive à des événements éprouvants ; une telle situation peut engendrer en effet une sorte d'obésité réactionnelle, surtout chez les sujets qui ont une tendance exagérée à la prise du poids. L'obésité proprement dite apparaît donc bien dans cette classification mais elle n'est pas rangée parmi les

[235] Cf. OMS, *CIM-10. Classification Internationale des Maladies*, *op. cit.*, p. 160.
[236] *Ibid.*, p. 161.

troubles mentaux mais parmi les maladies endocriniennes, métaboliques et de la nutrition (E66).

Nous pouvons analyser la position de la CIM-10 de deux manières différentes. La première est purement clinique et amène à une description limitée à ce que représente l'expérience des troubles alimentaires tant pour le patient (qui les vit) que pour le praticien. Les données ici sont simplifiées et purement descriptives ; elles ne sont pas abordées de façon critique ou même d'une façon qui permette de reconnaître l'intrication des troubles détectés avec des éléments culturels et/ou avec l'origine ethnologique du sujet. La deuxième façon d'analyser la position de la CIM 10 consiste à étudier, grâce à une évaluation, d'une part, l'intérêt et l'importance de ces données et, d'autre part, les impacts en résultant sur les plans théorique et pratique. La CIM-10 est vraiment considérée comme une référence, cela étant attribué généralement à sa liaison avec l'Organisation Mondial de Santé (OMS). Autrement dit, la position centrale qui lui est reconnue est en relation directe avec le discours de l'OMS lequel, d'une part a une grande ampleur sur tout ce qui est relatif à la santé et, d'autre part, atteint le monde entier. Cette classification, malgré ses limites, est utilisée partout comme un outil en santé mentale et aussi pour décider des politiques de santé publique à mettre en œuvre. Pour autant, force est de reconnaître ses limites à savoir qu'elle n'est qu'un indice classificatoire et il faut la considérer comme telle. Il n'est pas rare que soit imposé de mettre la lettre et le nombre proposé par la CIM-10 dans les procédures et publications en santé mentale, comme cela est le cas au Brésil par exemple. Nous estimons que le rôle du clinicien est de surmonter ces contraintes de classification. La compréhension du diagnostic et le diagnostic lui-même doivent être déduits à partir de l'expérience du patient et de ce qui se montre au clinicien. Notre rôle d'écoute doit aller bien au-delà d'un encadrement strict et il ne doit pas être limité à un essai de simplification. Bien sûr il ne faut pas que les praticiens considèrent les manuels de classification comme des adversaires ; ils ont une importance et un rôle à jouer, comme par exemple de permettre une certaine comparaison des résultats publiés par les diverses équipes de chercheurs du monde entier. La difficulté est, tout en reconnaissant ce rôle, d'éviter la tentation, en résistant à la demande contemporaine, de plus en plus pressante, d'accepter un encadrement chaque fois plus évident, plus simplifié et plus rapide, la complexité de l'expérience humaine se résumant alors à une approximation et à la comparaison limitée, sans esprit critique, de ce qui est exprimé par le patient et de ce qui est décrit dans les manuels.

2.2. Les (in)définitions de l'obésité et sa relation avec l'hyperphagie

Définir l'obésité peut paraître une tâche simple et même évidente, surtout si l'objectivité est le paramètre choisi. L'obésité nous ramène au corps et à son poids, éléments qui peuvent aujourd'hui être facilement quantifiés. Une dimension objective et directe permet de définir si quelqu'un doit être (ou pas) considéré comme obèse. Cependant, d'autres éléments façonnent cette problématique : la subjectivité, la culture, l'esthétique, l'histoire, les jugements moraux, la structure corporelle, les conditions sociales, les relations familiales et bien d'autres encore. En outre, l'obésité comporte une dimension visible[237], mais aussi une dimension invisible, commune et quotidienne. L'obèse est vulnérable aux jugements et aux évaluations d'autrui et il faut tenir compte de ce fait.

L'obésité en tant que problème de santé publique n'est pas une nouveauté mais avec le temps les problèmes qu'elle engendre ont été de mieux en mieux mis en évidence. Même en France, la notion « d'obésité problème de santé publique » a commencé à être admise dès les années 1980 et s'est intensifiée en 2001 avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Nous présenterons d'abord quelques données épidémiologiques sur l'obésité dans le monde et la spécificité des statistiques en France et au Brésil. Ensuite, nous exposerons quelques définitions de l'obésité et nous verrons que le paramètre est de plus en plus quantitatif. Bien que cette dimension soit vraiment importante, nous explorerons aussi la nécessité de la prise en compte non seulement de l'obésité, mais aussi de ce sujet obèse. Finalement, notre discussion se tournera vers la présence du comportement hyperphagique et de l'hyperphagie dans l'obésité en cherchant à comprendre sa dynamique et sa place dans toute cette problématique relative l'obésité.

2.2.1. L'épidémiologie de l'obésité : « première épidémie non infectieuse de l'Histoire »

La mensuration épidémiologique n'est pas une tâche facile en fonction de la variabilité des critères utilisés selon les pays. Malgré cela, on peut dire que la prévalence augmente de

[237] Cette discussion sera élargie dans la deuxième partie.

façon alarmante dans plusieurs régions du monde[238]. Selon l'OMS[239], à l' échelle mondiale les cas d'obésité ont plus que doublé entre 1980 et 2014. Globalement, en 2014, le taux de l'obésité de la population adulte mondiale était de 13% (11% des hommes et 15% des femmes) tandis que 39% des adultes (38% des hommes et 40% des femmes) étaient en surpoids. Cela correspond à 1,9 milliards d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) en surpoids et, parmi eux, il y a plus de 600 millions d'obèses. En ce qui concerne l'enfance, en 2013, il est admis que 42 millions d'enfants (âgés de moins de 5 ans) étaient en surpoids ou obèses. Ce qui longtemps était considéré comme un problème caractéristique des pays à haut revenu, les cas de surpoids et d'obésité, depuis un certain nombre d'années, augmentent de façon impressionnante dans les pays à faible et/ou moyen revenu, surtout dans les régions urbaines. Le taux d'augmentation atteint plus de 30% chez les enfants d'âge préscolaire. À l'échelle mondiale, les décès sont plus souvent liés au surpoids et à l'obésité qu'à l'insuffisance pondérale[240], bien qu'un grand nombre d'enfants, dans certaines régions d'Afrique en particulier, meurent encore suite à la dénutrition. Ces données, bien que volontairement succinctes, ne donnent qu'un petit aperçu de la dimension de cette problématique à l'échelle mondiale que constitue l'obésité. Les chiffres, qui sont alarmants et qui de plus continuent à augmenter, doivent être lus de façon critique et en tenant compte du contexte propre au pays dans lequel l'étude est réalisée.

Ces chiffres globaux montrent la vraie amplitude de cette problématique et l'urgence d'une intervention sur tous les continents. Être obèse en France, au Brésil, en Chine ou même aux États-Unis n'est pas la même chose. Cependant il y a un certain nombre des points communs en cas d'obésité, ce qui permettraient la prise de mesures pour une prévention et un traitement applicables à tous les sujets en surpoids. Le défi consiste est trouver un discours capable d'atteindre à la fois la masse des personnes qui souffrent d'obésité et le sujet obèse inséré dans sa propre culture et conditionné par son histoire particulière.

Avant d'être inscrite dans l'agenda politique, l'obésité a dû subir diverses modifications de son statut épistémologique. Initialement, elle n'était considérée que comme un « facteur de risque » puis elle a été reconnue comme « maladie » et enfin, plus récemment, elle est devenue « épidémie mondiale »[241]. Ces changements sont dus à une meilleure connaissance de cette

[238] J. C. Seidell, « Prevalence and trends in adult obesity in affluent countries », in *Obesity Epidemiology. From etiology to public health*, org. par D. Crawford, R.W. Jeffrey, K. Ball, J. Brug. New York : Oxford University Press, 2010.
[239] Organisation Mondiale de la Santé, Obésité et surpoids, *Aide-mémoire*, n°311, Janvier 2015. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
[240] *Ibidem.*
[241] Cf. J-P. Poulain, « *Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité* », in *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*, dir. par A. Basdevant. Paris : Lavoisier, 2011, p. 40.

pathologie et de ses conséquences à long terme mais il faut remarquer que l'obésité, par la dernière dénomination, se voit attribuer un caractère social et médiatique. Un exemple de cette ascension à la fois positive et problématique de l'obésité est la publication en 2000, dans le journal *Le Monde*, d'un article intitulé « L'obésité, première épidémie non infectieuse de l'Histoire »[242] ; l'obésité devient donc de plus en plus étudiée et de plus en plus fréquente. Le titre de l'article, utilisé déjà par l'OMS, met l'accent sur l'expansion et la mondialisation de ce phénomène et aussi sur son caractère non transmissible, impliquant donc une action plutôt individuelle sur un sujet ayant un poids excédentaire. On peut considérer aussi que le fait que l'obésité ne soit pas d'origine infectieuse ne signifie pas que les modes de vie conduisant à l'excès pondéral ne soient pas eux transmis, reproduits et entretenus dans notre culture et dans nos relations sociales.

Pour en revenir aux données épidémiologiques disponibles en France, nous allons utiliser comme référence deux études. La première, étude ObÉpi, est une enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité réalisée depuis 1997 puis tous les trois ans. Sa dernière publication, encore en 2012[243], montre que 32,3% des français adultes sont en surpoids, 15% d'entre eux présentent une obésité (soit environ 6 922 000 personnes) et 52,7% ne sont pas en surpoids[244]. La prévalence est plus élevée chez les femmes (15,7%) que les hommes (14,3%), tendance observée depuis 2003[245] et qui est toujours valable. Après 25 ans, la prévalence augmente chez les hommes tandis que cette augmentation concerne toutes les catégories d'âge chez les femmes[246]. L'influence de l'âge est aussi établie en démontrant que l'IMC[247] augmente régulièrement avec l'âge. L'IMC moyen est de 22,4 pour les 18-24 ans et de 26,5 après 65 ans[248]. Néanmoins, on peut dire aussi que l'obésité touche de plus en plus les jeunes. La progression la plus significative a été constatée chez les 18-24 ans (+35% lors de la dernière enquête). Alors que la région Nord a le taux d'obésité le plus élevée (21,8%) parmi les 8 régions de France, la région Ouest a le plus bas (12,3%). La région parisienne a un taux

[242] Cf Le Monde, *L'obésité, première épidémie non infectieuse de l'Histoire*, mars 2000. Disponible sur : http://www.lemonde.fr
[243] Jusqu'à la soutenance de cette thèse, aucune autre enquête ObÉpi a été publiée, ce qui nous fait penser dans la fin de son réalisation.
[244] INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE, ObÉpi 2012 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, p. 21.
[245] *Ibid.*, p. 26.
[246] *Ibid.*, p. 28.
[247] L'indice de masse corporelle sera abordé plus profondément par la suite.
[248] *Ibid.*, p. 25.

d'obésité de 14,4% en 2012[249] alors qu'il n'était que de 7, 8 % en 1997, ce qui correspond à une progression de 84,6% en quinze ans.

Toutes les études faites depuis 1997 montrent que le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité sont inversement proportionnels [250] , c'est-à-dire qu'un niveau d'instruction élevé semble protéger de l'obésité mais il faut aussi noter qu'un niveau d'instruction élevé est accompagné en général de revenus élevés et c'est peut-être ce facteur qui est protecteur par le choix rendu possible des aliments et par les habitudes alimentaires des sujets appartenant à un milieu socio-culturel élevé. Quoiqu'il en soit la prévalence de l'obésité chez les individus de niveau primaire est de 24,5% alors qu'elle n'est que de 7,3 % chez ceux de niveau supérieur (Troisième cycle au moins). Le niveau des revenus du foyer et la prévalence de l'obésité sont, comme dans le cas du niveau d'instruction, inversement proportionnels. Ainsi , chez les sujets qui vivent avec moins de 900€ par mois la prévalence de l'obésité est de 25,6 %, alors qu'elle n'est que de 16, 2 % chez ceux qui ont un revenu compris entre 1901 à 2300€ et de 7,0%[251] chez ceux qui gagnent plus de 5301 €.

Les résultats de l'enquête ObÉpi révèlent que, malgré l'augmentation de la prévalence de l'obésité en France, il y a une tendance significative à la décélération[252]. L'augmentation estimée lors de la première enquête dépassait 1% sur une période de 3 ans alors qu'entre 2009 et 2012, elle n'est plus que de 0,5%. Bien que la décélération soit observée dans les deux sexes, la prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes que chez les hommes et la différence se maintient avec le temps. Chez les enfants la stabilisation de la prévalence de l'obésité a été observée dès les années 2000. Les chercheurs restent malgré tout prudents devant ces résultats encore alarmants si l'on considère le nombre de personnes obèses dans le monde tout en estimant, et cela est positif, qu'une stabilisation est possible à moyen terme. De toute façon il faut toujours être prudent lorsqu'on analyse de tels résultats qui peuvent aboutir à une simplification exagérée du phénomène étudié ou même conduire à des généralisations erronées.

Le deuxième étude, conduite par le groupe Constances[253] et ses participants, a fait une estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France avec un échantillon de 28.895

[249] *Ibid.*, p. 33.
[250] *Ibid.*, p. 29.
[251] *Ibid.*, p. 30.
[252] *Ibid.*, p. 31.
[253] Il s'agit d'une cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon cible de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, affiliés au régime général de l'Assurance maladie (RG), à la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg), à MFP Services (union de mutuelles issues des Fonctions publiques d'État, Territoriale et Hospitalière) ou à la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), actifs et inactifs, au chômage ou retraités. Le domaine couvert, qui exclut les affiliés aux régimes agricole et des

personnes âgées de 30 à 69 ans. Cette étude, qui date de 2013, a montré une prévalence du surpoids de 41,0% chez les hommes et de 48,5% chez les femmes[254]. En ce qui concerne l'obésité globale, les chiffres sont proches pour les hommes et pour les femmes : 15,8% et 15,6%, respectivement. L'indice d'obésité à Paris atteint 10,7 %, ce qui contraste largement avec la prévalence dans la région du Nord laquelle est de 25,6%[255]. Les résultats, de façon générale, sont très voisins de ceux de l'enquête ObÉpi et conduisent à la conclusion de la présence d'un excès de poids chez près de la moitié de la population en France ce qui constitue un vrai problème de santé publique. Si en 2000 un article paru dans le journal *Le Monde* considérait l'obésité comme la première épidémie non infectieuse, en 2016 le journal signale, à partir de l'étude que nous venons de présenter, qu'« un Français sur deux est en surpoids »[256].

Dans le but d'une recherche avec deux contextes culturels différents, il nous a semblé important d'exposer les données épidémiologiques relatives au surpoids et à l'obésité concernant le Brésil. Nous pourrons ainsi comparer les résultats relatifs à deux populations différentes et avec leurs propres nuances. Nos principales référence sont l'enquête VIGITEL BRASIL 2014 et les données de la Pesquisa Nacional de Saúde[257] (PNS), réalisée par l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique (IBGE) en partenariat avec le Ministère de la Santé. Publiée la première fois en 2015 et refaite chaque année, l'enquête VIGITEL est une estimation faite par téléphone sur la fréquence et la distribution sociodémographique de facteurs de risque et de protection pour les maladies chroniques dans les capitales des 26 états brésiliens et dans le Distrito Federal. Selon cette enquête, la prévalence moyenne du surpoids parmi les 27 principales villes au Brésil est de 52,5%[258] (chez les hommes il est de 56,5% et chez les femmes de 49,1%). À Fortaleza, ville où nous avons réalisé cette recherche au Brésil, la prévalence générale est de 50%. En ce qui concerne l'obésité proprement dite la prévalence au Brésil est de 17,9% et il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. À Fortaleza, cette prévalence est de 17. L'enquête montre que les personnes ayant fait des études longues,

indépendants, représente plus de 85% de la population française. La population de Constances est constituée par tirage au sort parmi les affiliés.

[254] J. Matta, M. Zins, A. L. Feral-Pierssens, C. Carette, A. Ozguler, *et. al.*, « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 35-36, 2016, p. 641.

[255] *Ibid*., p. 644.

[256] Cf. Le Monde, « Santé : un Français sur deux est en surpoids », octobre 2016. Disponible sur : http://www.lemonde.fr

[257] En français: Recherche Nationale de Santé.

[258] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, *VIGITEL BRASIL 2014 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília : Ministério da Saúde, 2015, p. 48.

environ huit ans ou un peu plus, ont un indice de surpoids de 58,9% et d'obésité de 22,7%, donc plus élevés que la moyenne nationale, tandis que les personnes qui ont étudié pendant douze ans ou plus présentent un taux de surpoids de 45% et un taux d'obésité de 12,3% donc inférieurs à la moyenne nationale.

La recherche nationale de santé (PNS) a été réalisée par la première fois au Brésil en 2013 et les résultats ont commencé à être divulgués en décembre de 2014[259]. Il a été décidé d'aller interroger les sujets chez eux, dans leur résidence, afin de mieux cerner les problèmes environnementaux. Dans sa première édition, 81.767 résidences dans tous les états brésiliens ont été visitées au cours du deuxième semestre 2013 et 62.986 personnes ont accepté d'une part de répondre au questionnaire, d'autre part de se soumettre à l'évaluation de leur poids et de leur taille afin de calculer leur IMC. Les résultats montrent que 56,9% des sujets âgés de plus de 18 ans ont un surpoids et que 20,8% sont obèses.

Les recherches, réalisées en France et au Brésil mettent en évidence l'amplitude du phénomène d'excès pondéral et la gravité des manifestations du surpoids et de l'obésité dans la population de ces pays. En moyenne, si l'on réunit les résultats obtenus dans les deux pays concernant l'obésité, la prévalence de celle-ci est de 17,35%, ce qui contraste avec l'imaginaire de la minceur française et de la « bonne forme » brésilienne. Le pourcentage de surpoids est plus important au Brésil qu'en France, en moyenne de 10% de plus dans le contexte brésilien. Ces résultats, il faut le préciser, ont été obtenus à partir de cohortes beaucoup plus importantes dans les études brésiliennes que dans celles réalisées en France. On retrouve encore une différence importante lorsque l'on compare le taux d'obésité à Fortaleza (17%) et à Paris (10,7%). L'écart est très net entre les deux populations qui sont les deux contextes de notre recherche.

2.2.2. La limite et le besoin d'une définition : de la santé publique au sujet obèse

Pour dire qu'un sujet est obèse, et cela est vrai d'ailleurs pour toutes les pathologies, il faut disposer de références fournissant des paramètres ou critères permettant la définition du trouble présenté par le patient et aussi la compréhension des manifestations observées. Bien que la définition se révèle parfois insuffisante et même incapable de contenir toute la problématique de la pathologie, elle est malgré tout le minimum nécessaire. La définition est donc un outil indispensable pour l'étude de la santé publique et pour assurer le développement

[259] Ministério da Saúde, Portal Brasil, « Mais da metade dos adultos está acima do peso », agosto 2015. Disponible sur : http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/mais-da-metade-dos-adultos-estao-acima-do-peso.

de données statistiques fiables permettant l'évaluation d'une pathologie déterminée, ici l'obésité. Elle joue ainsi un rôle important lors du choix d'une étude sur la santé publique en justifiant la prise en considération de tel phénomène parmi beaucoup d'autres. Cependant, la définition n'est pas tout à fait satisfaisante, en particulier dans le cas qui nous intéresse, celui du sujet obèse, car elle ne tient pas assez compte de l'expérience du sujet se trouvant au-delà de la valeur du paramètre admis comme « normal » ; ce sujet souffre et souvent se culpabilise car il se sent exposé au regard d'autrui et donc soumis à l'évaluation et au jugement de ses contemporains qui tend à l'assujettir. Cela montre que si les définitions, telles que nous les connaissons, sont importantes et nécessaires – en particulier celle de l'obésité – il faudrait trouver un moyen permettant d'apprécier la subjectivité du sujet afin de mieux comprendre le vécu et le devenir de l'obèse.

L'Organisation Mondial de la Santé (OMS) a un rôle important en ce qui concerne l'obésité et ce depuis sa création. Théoriquement elle a reconnu l'obésité en tant que maladie dès 1948 dans la CIM[260]. Cependant, cette inclusion de l'obésité parmi les maladies faites très tôt, reconnaissant ainsi le potentiel de cette pathologie comme problème de santé publique n'a pas été appréciée à sa juste valeur et même a été considérée comme sans importance. Il a fallu attendre 1980 pour que la communauté scientifique commence à changer de point de vue en ce qui concerne la santé dans le monde. Cela a abouti à la prise de position par l'OMS qui a défini en 1997 l'obésité en tant que maladie du fait de son développement inquiétant au niveau mondial et de ses conséquences en termes de santé des populations[261]. Ce rapport, qui a eu une large diffusion, reconnaît la complexité de l'obésité et souligne la nécessité d'un travail de prévention et de lutte contre cette maladie. Pour l'OMS, l'obésité est une maladie caractérisée par un excès de graisse qui s'accumule jusqu'à affecter la santé[262] du sujet. Plus récemment, le surpoids et l'obésité ont été définis par l'OMS « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé »[263] ; c'est donc bien cette augmentation de la quantité de graisse corporelle, cet excès qui caractérise l'obésité[264] et entraîne les conséquences diverses altérant la santé de l'obèse. Une autre façon de comprendre l'obésité, souvent utilisée aussi, est le recours au modèle thermodynamique qui fait référence à

[260] W. James, « WHO recognition of the global obesity epidemic », *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, p. 120.
[261] World Health Organization, *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO, 1997, p. XV.
[262] Ibid., p. 7.
[263] Cf. OMS, « *Obésité et surpoid »s*, *op. cit.*, 2015.
[264] M. Gelder, R. Mayou, P. Cowen, *Traité de psychiatrie*, Paris : Flammarion, 2005.

un apport énergétique ingéré supérieur à la dépense d'énergie[265] au quotidien ; sans un équilibre indispensable, la graisse est accumulée. Une dernière définition est proposée par le corps médical qui conçoit l'obésité comme un excès de masse grasse exposant à des conséquents somatiques, psychologiques et sociales avec retentissement sur la qualité de vie[266] du sujet atteint.

Ces diverses définitions nous permettent de comprendre que le problème véritable consiste à préciser quels sont les risques auxquels expose l'obésité et à partir de quand l'excès de masse grasse devient pathologique ou même peut produire des conséquences préoccupantes pour la santé du sujet. État corporel, l'obésité augmente les risques lorsqu'elle est associée à certaines maladies chroniques[267]. On peut donc dire qu'elle peut être définie non seulement en tenant compte de l'aspect corporel qui est mesurable mais aussi par les risques auxquels elle peut exposer le sujet et aussi par l'aggravation des signes et/ou complications de certaines maladies chroniques. Maladie chronique elle-même, elle est un facteur de morbidité et de mortalité[268]. Les maladies cardiovasculaires (essentiellement les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux), le diabète de type 2, des troubles musculo-articulaires tels que l'ostéoarthrite, et certains cancers (de l'endomètre, du sein et du côlon par exemple) sont quelques problèmes de santé reconnus comme associés au surpoids et à l'obésité. Puisque ce qui caractérise l'obésité est l'inflation du tissu adipeux et par voie de conséquence le dépassement d'une valeur considérée comme « normale »[269], il a fallu trouver un indice permettant d'évaluer son importance : c' est l'indice de masse corporelle (IMC). Le plus souvent adopté comme critère, sa valeur reflétant directement l'importance de la masse grasse[270] d'un sujet.

Couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte, l'IMC est une mesure simple du poids par rapport à la taille. Le poids doit être divisé par le carré de la taille : kg / m². Cette norme pondérale apparaît au début du XIXème siècle avec les travaux d'Adolphe

[265] M. B. Cope, J. R. Fernández, D. B. Allison, « Genetic and biological risk factors »", in Handbook of eating disorders and obesity, éd. par. K. Thompson. New Jersey : Hoboken, 2004, p. 323.
[266] A. Basdevant, J. Aron-Wisnewski, K. Clément, « Définitions des obésités », in *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*, dir. par A. Basdevant. Paris: Lavoisier, 2011, p. 3.
[267] F. Müller-Riemenschneider, T. Reinhold, A. von Schulzendorf, S. N. Willich, « Health economic burden of obesity - an international perspective », in *Obesity Epidemiology. From etiology to public health*, org. par D. Crawford, R.W. Jeffrey, K. Ball, J. Brug. New York, Oxford University Press, 2010, p. 84.
[268] S. Munch, C. Beglinger, *Obesity and Binge Eating Disorder*, Bibliotheca Psychiatrica, 2005, n. 171.
[269] Cf. J. Csergo, « Introduction », in *Trop gros? L'obésité et ses représentation*, org. par J. Csergo. Paris : Éditions Autrement, 2009, p. 7.
[270] B. Guy-Grand, « L'obésité : d'une adaptation sociétable à une maladie organique du tissu adipeux », *Oliseeds & fats Crops and Lipids,* 2008, vol. 15, n°1, p. 13.

Quetelet. Ce savant belge a proposé l'IMC, fondé sur le concept d'« homme moyen », comme une formule capable d'exprimer la corpulence en fonction de la taille[271]. Cette approche quantitative a été très utilisée à partir des années 1950-1960, tant par les médecins que par les compagnies d'assurance, pour définir des facteurs de risque et leurs conséquences possibles. La définition de seuils d'indice de masse corporelle a été établie plus tard et l'accent a été mis sur l'obésité, surtout à partir des années 1990, avec la mise en œuvre de plusieurs recherches sur ce sujet[272]. Selon l'OMS le surpoids est défini par un IMC égal ou supérieur à 25, sans dépasser 30, et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30, avec dans ce cas, trois niveaux de gravité différents.

L'IMC est une mesure très simple à mettre en œuvre et très utile car elle utilise la même échelle pour tous les adultes quel que soit leur sexe ou leur âge tout en donnant une bonne indication, bien qu'approximative, de la situation corporelle du sujet. Cependant, l'emploi de l'IMC rencontre des limites lorsqu'on l'applique à l'obésité d'un individu. Cet indice montre en effet l'importance de la masse grasse dans une population donnée mais il est peu efficace comme indicateur de l'obésité d'un individu[273] et surtout pour la surveillance de l'évolution d'où dans ce cas son intérêt limité. La composition corporelle peut en effet être très différente chez des individus ayant le même IMC et cela est vrai aussi lorsque l'on compare des populations différentes ayant des caractéristiques particulières. Avec le développement de la technologie, il y a d'autres mesures plus performantes mais qui ne sont pas aussi faciles à mettre en œuvre. Tout cela montre l'hétérogénéité et la complexité de ce phénomène que constitue l'obésité car « il n'y a pas une façon unique de devenir obèse, ce qui complique beaucoup l'analyse du phénomène où l'on se doit de combiner une grande hétérogénéité clinique et une vaste multiplicité de facteurs »[274]. Parler d'une obésité au singulier devient difficile, voire impossible face à cette hétérogénéité. Il faut parler d'obésités[275] au pluriel, comme le proposent les spécialistes de l'obésité, de façon que puissent être comprises la diversité des entités cliniques et aussi les expériences vécues par ce corps identifié comme obèse.

Une série d'autres critères peuvent et doivent être retenus pour définir cliniquement l'obésité : l'âge, la date de survenue de la prise de poids, la distribution du tissu adipeux, les antécédents personnels et familiaux, les complications somatiques potentielles, le

[271] A. Basdevant, J. Aron-Wisnewski, K. Clément, *op. cit.,* p. 3.
[272] *Ibid.*, p. 4.
[273] B. Guy-Brand, *op. cit.*, p. 14.
[274] Cf. B. Guy-Grand, *op. cit*, p. 13.
[275] A. Basdevant, J. Aron-Wisnewski, K. Clément, *op. cit.,* p. 7.

retentissement de l'excès de corpulence sur l'image de soi, la qualité de vie, les relations sociales et le progrès dynamique du processus pathologique[276] . Il s'agit là de quelques variables capables d'éviter une approche trop simpliste de l'obésité. Plus la connaissance de la problématique de l'obésité est affinée, plus péremptoire est l'importance du choix des stratégies thérapeutiques appliquées.

La dimension sociale de l'obésité doit être aussi envisagée car « chaque société construit sa propre corpulence » et « l'obésité est un des rares facteurs de risque soumis au jugement personnel et collectif »[277]. L'évaluation de la corpulence est avant tout subjective car chacun d'entre nous a une opinion sur ce qui serait une corpulence normale à partir de stéréotypes socioculturels. Nous sommes constamment jugés et jugeons *par* et *à travers* notre corps. Les discours contre l'obésité font de plus en plus d'adeptes, mais ils peuvent aussi renforcer la pression sociale autour de la minceur ; le discours médical n'est pas à l'abri de cette pression ce qui fait qu'il est souvent imprégné par cette logique de façon parfois excessive[278]. La tendance actuelle est d'imposer un discours hygiéniste et stigmatisant – dont la cible est ce « délinquant nutritionnel »[279] qu'est l'obèse – et une norme de conduites alimentaires. Cette orientation méconnaît les fondements de l'acte alimentaire[280] qui dépasse largement la fonction nutritionnelle. D'après Poulain, sociologue de référence dans les études sur l'obésité, la modernité est caractérisée par une crise normative et par l'inflation d'injonctions contradictoires. Le discours dirigé vers le mangeur moderne est sur le mode du « il faut »[281]. Ce discours impersonnel en direction du sujet a tendance à être introjecté sur le mode du devoir – « du il faut au je dois » – et ensuite il est projeté sur les autres – « ils doivent ». Les normes imposées, souvent sous le masque de la santé et de la beauté, constituent un « poids » important pour les actes alimentaires et imposent de plus en plus l'obligation de diètes.

Poulain considère qu'il faut parler des obésités et non de l'obésité : le pluriel s'imposant. Il établit, à partir de plusieurs études, quatre types différents d'obésité ce qui devrait faciliter le choix de stratégies spécifiques et adaptées à chaque cible : 1) l'obésité associée à la précarisation ; 2) l'obésité consécutive à des transformations rapides des contextes alimentaires (migration; modernisation de l'alimentation, etc.) ; 3) l'obésité en tant que résultat de troubles du comportement alimentaire liés à la pression pour la minceur ; 4) pour les hommes et surtout

[276] A. Basdevant, *op. cit.*, p. 118.
[277] Cf. *Ibid.*, p. 119.
[278] A. Basdevant, J. Aron-Wisnewski, K. Clément, *op. cit.,* p. 7.
[279] Cf. *Ibidem*.
[280] A. Basdevant, *op. cit.*, p. 121.
[281] Cf. J. Poulain, *op. cit.*, 2011, p. 35.

ceux ayant une position sociale élevée, l'obésité associée à des modes de vie du type « trop bons vivants »[282]. Cette définition et cet encadrement typologique peuvent être utiles car ainsi l'obésité est placée dans la dynamique du sujet et est en dialogue avec les antécédents de celui-ci, son histoire et les marqueurs sociaux mais il faut bien veiller à ne pas adopter une logique causale qui simplifierait trop et à tort l'approche du phénomène de l'obésité.

Le corps de l'obèse mais aussi celui de ceux qui sont en surpoids, est « hors norme, hors forme et doit changer ». Ce discours généraliste est responsable souvent d'une culpabilité et d'une souffrance écrasante chez le sujet concerné face à la distance qui le sépare de la condition idéale. Les moyens mis en œuvre pour régler ce corps sont de plus en plus audacieux et dangereux, surtout dans la société contemporaine dont le discours a pour conséquence l'exigence d'une réponse rapide et efficace. Il faut bien souligner l'importance d'un discours généraliste, face à l'amplitude du problème de santé publique existant, discours nécessaire pour combattre l'obésité. Le défi consiste à proposer ce discours généraliste tout en respectant les situations individuelles; « Lutter contre l'obésité mais pas contre le sujet obèse »[283]. Être obèse n'est pas qu'une condition physique, c'est un mode particulier d'être-au-monde. Cette considération ne signifie pas un effacement de la constitution « mondaine », historico-culturelle de l'obésité, mais signale l'importance de se tourner vers ce sujet qui exprime et éprouve une condition de son propre corps reconnue comme excessive. Le regard des autres, le discours normatif et la pression sociale effacent souvent cette dimension subjective pour mettre l'accent sur ce que révèle l'adjectif ou l'attribut, souvent péjoratif, appliqué à quelqu'un d'obèse. Le mode d'existence de l'obèse, dont les habitudes alimentaires ne sont qu'une partie des expériences vécues, doit être saisi globalement en tenant compte à la fois du vécu du sujet obèse et des éléments qui l'entourent. Face aux modifications toujours possibles de notre corps, on pourrait dire que nous avons tous potentiellement la possibilité de devenir obèses. La difficulté est parfois, et même souvent, d'atteindre l'être qui porte ce corps avec peine et de comprendre ses différents modes d'être-au-monde.

2.2.3. L'obésité et l'hyperphagie : du « trop manger » au *ne pas pouvoir ne pas manger*

Tout obèse est-il hyperphagique ? Est-ce que l'hyperphagie implique forcément une obésité ? Quels sont les limites existantes entre « trop manger », présenter un comportement

[282] *Ibid*., p. 36.
[283] *Ibidem*.

hyperphagique et l'hyperphagie ? Ces questions, et d'autres encore, résultent de la relation étroite et de l'usuelle association entre obésité et hyperphagie. Les réponses ne sont pas évidentes, surtout si chaque phénomène n'est pas très bien analysé. Ce sujet obèse, qui est-il ? Dire que c'est « celui qui mange trop » serait une réponse, acceptable malgré sa connotation morale et sa simplicité excessive. Néanmoins, il y a une distance en tant qu'expérience vécue entre « trop manger » et *ne pas pouvoir ne pas manger*. Cette distance constitue l'entrée dans une dimension pathologique dans la mesure où l'acte de manger se montre comme la seule possibilité imposée. Nous essayerons d'aborder ici la possible, mais pas toujours présente, dimension hyperphagique dans l'obésité et ses conséquences.

Le mot hyperphagie vient du grec ancien ὑπέρ, hypér, « au-dessus, au-delà » et de *phagein*, « manger ». Ce terme désigne alors une consommation alimentaire excessive[284], une ingestion d'une quantité de nourriture en disproportion par rapport aux besoins[285]. Ces définitions évoquent un appétit exagéré plutôt qu'un véritable trouble alimentaire. Sur ce point, il faut dire que le comportement hyperphagique et le trouble hyperphagique ne correspondent pas au même phénomène. Pratiquement chacun d'entre nous, ou en tous cas la plupart, présentera ou a déjà présenté, à un moment donné de son existence, un comportement hyperphagique, c'est-à-dire qu'il aura dépassé les limites de l'alimentation normale et des besoins physiologiques de manger. Il s'agit là d'un épisode isolé où l'acte de manger a excédé de beaucoup les besoins et même la capacité de supporter une telle quantité de nourriture. Même s'il peut représenter un risque pour la santé, ce comportement, pris isolément, n'a pas une dimension pathologique en soi. Dans le cas des obèses, ce comportement est plus aisément mis en évidence du fait de leur aspect physique (formes du corps) et de leur comportement alimentaire déréglé observé dans la majorité des cas ; en outre, il y a une association couramment rencontrée avec la gloutonnerie et avec la gourmandise.

Lorsqu'il s'agit de l'hyperphagie en tant que trouble pathologique, en tant que mode d'être-au-monde, ce comportement prend plus d'importance et présente des aspects plus complexes, bien au-delà d'un choix par rapport à l'acte de manger. Les épisodes isolés deviennent plus fréquents et le contrôle sur l'acte de manger chaque fois moins effectif. Avant que la définition de l'hyperphagie en tant que trouble soit admise, l'une des questions posées était justement de savoir si l'hyperphagie devait être considérée comme un nouveau trouble de conduite alimentaire ou simplement comme un épiphénomène attaché à l'obésité. L'association

[284] F. Faucon, *Hyperphagie. L'obsession de manger.* Paris: Éditions du Cygne, 2008, p. 15.
[285] J. Postel, *Dictionnaire de la Psychiatrie.* Paris: Larousse, 2011, p. 221.

entre l'hyperphagie et l'obésité a fait l'objet de nombreuses discussions et a été démontrée par plusieurs études [286]. Ces dernières ont révélé que des individus obèses se présentent différemment des individus souffrant d'une obésité avec hyperphagie. Parmi les différences constatées on observe, chez l'obèse présentant une hyperphagie, la tendance d'une réponse alimentaire aux états émotionnels ainsi que la souffrance et la détresse en relation avec l'image du corps, manifestations souvent absentes chez l'obèse non hyperphagique. L'hyperphagie apparaît donc comme une sous-catégorie de la population obèse et l'insatisfaction corporelle est suggérée comme un possible critère diagnostique qui devrait être ajouté au DSM[287].

Des études récentes ont montré qu'il y a une tendance à l'augmentation de la prévalence de l'hyperphagie chez les patients obèses qui sont soumis à un traitement pour perte de poids[288]. Alors que les estimations de prévalence de l'hyperphagie varient entre 4% à 8% dans la population générale, elle peut atteindre 30% chez les patients en cours de traitement amaigrissant ce qui permet de considérer l'obésité comme comorbidité majeure chez les patients avec hyperphagie[289]. Ces deux chiffres présentés ci-dessus révèlent qu'un nombre très important de personnes souffrent d'hyperphagie. Cet aspect nouveau a pour conséquence une incertitude sur le traitement à adopter. Chez les patients, on constate une tendance nette à la pathologisation de tout excès alimentaire ; ils utilisent de plus en plus les mots « hyperphagie » ou « compulsion », en leur attribuant un sens plutôt pathologique, pour décrire leurs comportements alimentaires ou même ces termes sont utilisés comme justification psychopathologique de leur condition corporelle ; à ce moment-là, le travail du clinicien devient essentiel associé au travail interdisciplinaire. Pour finir, il faut signaler le risque, pour ce type de patient, de la chirurgie bariatrique si l'indication de celle-ci n'est pas convenablement posée en fonction du type de troubles. La nécessité d'entreprendre de nouvelles études pour bien établir la relation entre ces deux phénomènes, obésité et hyperphagie, à la fois liés et distincts, est évidente.

---

[286] C. Berdah, « Obésité et troubles psychopathologiques », *Annales Médico*-Psychologiques, 2010, vol. 168, n° 3, p. 184-190 ; C. Telch, W. Agras, « Obesity, binge eating and psychopathology : Are they related ? », 1994, vol. 15, n° 1, p. 53-61 ; M. de Zwaan, « Binge eating and obesity », *International Journal of* Obesity, 2001, vol. 25, n° 1, p. 51-55, parmi d'autres.

[287] Cf. B. Tuschen-Caffier, C. Schlüssel, *op. cit.*, p. 139.

[288] D. Neumar-Sztainer, J. Haines, « Psychosocial and behavioral consequences of obesity », in Handbook of eating disorders and obesity, org. par J. K. Thompson. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2004, p. 359.

[289] M. A. Kalarchian, M. D. Marcus, M. D. Levine, A. P. Courcoulas, P. A. Pilkonis, R. M. Ringhan, et. al., Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status, *American Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 164, p. 331.

Conclusion de la première partie

Afin de bien comprendre l'expérience hyperphagique dans l'obésité, nous avons choisi de faire, dans un premier temps, un bref rappel historique et conceptuel des éléments qui composent cette expérience et expliquent le positionnement actuellement admis de l'obésité comme problématique émergente de la santé publique, exigeant toute l'attention des divers acteurs travaillant dans le domaine de la santé. Parler d'histoire revient à évoquer les changements se présentant tout au long d'un parcours très long. Au centre de ces changements, on a mis en évidence ceux en rapport avec le corps, avec la beauté, avec la maladie mentale et avec la santé ; le corps est devenu progressivement objet de désir et de contrôle. L'intérêt dont fait l'objet actuellement l'hyperphagie dans l'obésité paraît contraster avec les éléments historiques évoqués dans cette première partie. Néanmoins, la reconnaissance actuelle de ce trouble n'est pas anodine car elle révèle un processus croissant d'accentuation de l'importance du corps dans l'imaginaire collectif et explique la tendance toujours plus nette du besoin de contrôler les apports alimentaires ; ce processus est donc en relation avec « le manger ». Avec l'augmentation et le perfectionnement des modes de contrôle corporel et des moyens de surveillance des actes alimentaires en fonction de leurs implications sur les formes du corps et sur la santé du sujet force est de constater que ce long parcours à travers les âges a comme résultat la prise de conscience, parfois excessive, de l'importance du corps considéré actuellement comme une cible.

Le corps a exprimé un langage propre à chaque époque ; la nôtre met en valeur le corps comme objet dans une obsession et une fascination, que l'on peut qualifier d'exagérée. Cette partie de notre travail a montré l'importance et le pouvoir de la médecine dans la composition des discours sur le corps en ayant comme axe la santé. Ce corps est de plus en plus visible, de plus en plus médicalisé, de plus en plus contrôlé pour qu'il puisse atteindre un mode commun d'avoir un corps, un corps idéal qui est bien loin de celui présenté par l'obèse. L'accent n'est donc pas seulement mis sur le corps mais plutôt sur un tel corps. Cela conduit à une certaine suppression d'un corps propre. Autrement dit, l'excessive « objectification » et modulation du corps est capable de produire un corps étrange, indésirable et source de culpabilité.

En ce qui concerne l'obésité proprement dite, elle ne correspond pas à une notion nouvelle mais l'importance qu'elle a prise et la prévention dont elle fait l'objet actuellement sont les caractéristiques de notre discours contemporain. Cependant, parler de plus en plus de l'obésité et des moyens de prévention et de traitement possibles n'est pas suffisant pour réduire sa prévalence dans le monde, comme nous avons pu le mettre en évidence en étudiant les

données épidémiologiques. Même avant que l'obésité soit définie, il y a toujours eu un discours contre le « trop manger ». Le changement actuel réside dans la visibilité de l'obésité à travers l'aspect physique (la forme du corps), avec une connotation morale et surtout avec l'accession de ce trouble au rang de pathologie. Nous pouvons en conclure que ce sujet corporel contemporain souffre de plus en plus avec son corps dans sa quotidienneté ; il s'agit d'un malaise face à un corps surveillé dans une société occidentale lipophobe.

La classification de l'hyperphagie comme psychopathologie a un retentissement sur les patients et sur les modes de traitement. On ne peut pas dire que la classification soit inutile mais cependant, les frontières de ce trouble sont très floues, en fonction de la « proximité » avec l'obésité et de plus sa classification assez proche de la boulimie, a pour conséquence des implications difficiles à accepter. Il y a une véritable difficulté pour établir les limites dans les classifications proposées. La reconnaissance de l'hyperphagie ne peut pas servir de subterfuge pour attribuer un sens psychopathologique à l'obésité. Sa « proximité » avec la boulimie se limite à la description des symptômes car au niveau de vécu il y a une spécificité dans chaque mode d'être. Ainsi, nous comprenons qu'il faut vraiment atteindre l'expérience vécue du sujet pour pouvoir bien comprendre ce qui se passe avec lui et en lui et choisir, parmi les différentes possibilités d'intervention, celle qui sera la meilleure pour lui. Alors qu'une bonne partie de nos contemporains, surtout les patients obèses, éprouvent une culpabilité liée à un supposé excès pondéral, considérant souvent avoir « trop mangé », il faut bien comprendre l'essai de pathologiser ces expériences et savoir reconnaître la frontière entre « trop manger » et *ne pas pouvoir ne pas manger*.

Partie II - LA PHÉNOMÉNOLOGIE DE MERLEAU-PONTY EN TANT QUE POINT DE VUE POUR LA COMPREHÉNSION DES TROUBLES ALIMENTAIRES ET DE L'OBÉSITÉ

La philosophie de Merleau-Ponty ouvre un horizon plein de possibilités tant la pensée de ce philosophe déborde ses propres limites. Ces possibilités nous paraissent fécondes et nécessaires[290] en particulier dans le domaine qui nous intéresse. Nous aborderons ici non seulement le parcours et la contribution de Merleau-Ponty sur l'expérience du corps, l'un des thèmes majeurs de sa pensée[291], mais aussi l'influence de ses travaux sur la psychopathologie. Malgré les raisons de l'être, Merleau-Ponty est peu convoqué lorsqu'il s'agit des propositions en phénoménologie psychiatrique. Aussi bien que Husserl et Heidegger, références incontournables dans ce domaine, il peut se présenter comme interlocuteur et source d'inspiration. Nous considérons en effet que la phénoménologie de Merleau-Ponty a sa place comme source d'inspiration du fait de l'importance surtout de ses apports sur la notion de corps permettant une réflexion et un « élargissement » de ce concept. L'articulation, mais aussi la rupture, qu'il établit entre la notion de corps et d'autres notions, comme celles de schéma corporel et de chair, nous invite à une exploration plus large et, dans la mesure du possible, plus capable d'atteindre l'unité de sa pensée. Notre hypothèse ici est que les travaux de Merleau-Ponty peuvent se présenter comme un outil de travail essentiel pour la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité puisqu'ils nous permettent d'aborder à la fois le vécu du sujet qui en fait l'expérience dans son caractère sensible et la constitution mondaine de son expérience, autrement dit l'enracinement dans le monde de toute expérience.

Nous ne voulons pas simplement appliquer la philosophie de Merleau-Ponty mais au contraire relever le défi de penser *avec* lui[292], c'est-à-dire de dialoguer avec lui sur ses conceptions en proposant, à partir de celles-ci, une discussion constructive et un regard nouveau selon notre propre point de vue relatif aux troubles alimentaires et à l'obésité. Il restera bien sûr notre référence majeure en phénoménologie philosophique comme source d'inspiration et pour l'orientation de notre travail. Utiliser l'approche de Merleau-Ponty en psychopathologie n'est pas un chemin en soi original mais s'inspirer de ses travaux pour comprendre la dynamique et les changements vécus chez les patients par rapport à leur propre corps nous

[290] E. Bimbenet, *Après Merleau-Ponty. Études sur la fécondité d'une pensée*. Paris : Vrin, 2011b, p. 09.
[291] L. Angelino, « L'apriori du corps chez Merleau-Ponty », *Revue internationale de philosophie*, 2008, vol. 2, n° 244, p. 167.
[292] E. Bimbenet, *op. cit.*, 2011b, p. 14.

semble pertinent. Métaphoriquement, comme aimait le dire Merleau-Ponty, cette inspiration nous donne « quelques traces » tandis que le contact avec les patients nous donne « la couleur » c'est-à-dire les propositions et lectures qui seront esquissées tout au long de cette partie et qui sont dues à une compréhension phénoménologique des troubles alimentaires et de l'obésité. Ces « traces » ne sont qu'une expression seconde puisque la « couleur », seule capable de signaler et élucider n'importe quelle expérience, ne peut être fournie que par l'expression des vécus.

Nous basons toute la partie II de notre thèse sur la phénoménologie de Merleau-Ponty comme possible point de vue pour comprendre les troubles alimentaires et l'obésité. Nous disons possible car il s'agit, comme nous l'avons signalé, d'une hypothèse qui doit donc être proposée avec prudence, avec une certaine méfiance ; une méthode phénoménologique en effet exige toujours un retour vers l'expérience propre, vers le point de vue propre au domaine des comportements[293]. Dans la mesure où nous nous proposons de développer une compréhension phénoménologique de ces phénomènes, ancrée surtout sur le corps, il faut essayer de revenir aussi près que possible de l'expérience vécue par le sujet. Ce retour n'est donc possible que si l'on parvient à établir le contact avec ceux qui vivent ou qui ont vécu cette expérience. Fidèle à cette conception, dans la partie quatre de cette thèse, nous relaterons des entretiens réalisés à partir d'une méthode phénoménologique de recherche. Cet apport clinique pourra être considéré comme l'élément de dialogue en conformité avec ce que nous venons d'exposer ci-dessus.

En ce qui concerne notre (re)lecture de la phénoménologie de Merleau-Ponty, elle se fera d'abord de façon chronologique en abordant successivement ses divers travaux puis elle aura pour but la compréhension du développement et des modifications de la notion de corps chez cet auteur. Nous essaierons d'approfondir la conception du corps pour arriver au sens ontologique de la conception de chair en considérant sa différenciation progressive[294]. Cette thèse n'a pas pour but d'aborder tout le domaine philosophique, surtout pour comprendre la vraie nécessité d'une orientation clinique. L'approche phénoménologique de Merleau-Ponty peut nous aider dans notre travail clinique pour autant qu'elle constitue un outil primordial pour la recherche de l'expérience du corps dans le tissu charnel de notre existence.

Bien que la phénoménologie de Merleau-Ponty ait une direction spécifique à partir d'un itinéraire philosophique, et cela dès son début, des changements divers et les apports de

[293] E. Bimbenet, *L'animal que je ne suis plus*. Paris : Galimard, 2011a, p. 29.
[294] E. de Saint Aubert, *Être et Chair I. Du corps au désir: l'habilitation ontologique de la chair*. Paris: Vrin, 2013, p. 16.

différentes références et influences nous ont amené à partager cette partie en deux chapitres. Le premier chapitre sera consacré à la phénoménologie du corps et montrera comment quelques propositions sont susceptibles d'être utilisées comme outil pour la compréhension de l'objet de notre travail. Ce chapitre sera donc centré sur les thèses de Merleau-Ponty et en particulier sur les livres publiés dont *La structure du comportement* et *Phénoménologie de la* perception. Dans le deuxième chapitre, nous aborderons l'évolution des conceptions de Merleau-Ponty et leur déplacement du corps vers la chair en passant d'abord par la notion de schéma corporel en tant que voie intermédiaire entre les deux. Ce parcours a pour but d'approfondir et, d'une certaine façon, de dépasser, sans l'abandonner pour autant, l'emprise du corps et atteindre, avec la radicalité de ces notions, notre sujet.

Chapitre 3 - La phénoménologie du corps chez Merleau-Ponty

Le mot « corps » a plusieurs sens selon les bases que l'on prend comme référence et son usage change par rapport aux éléments culturels et historiques qui lui sont associés. Discuter sur la notion de corps peut paraître simple et tout à fait logique, surtout si nous parlons de notre propre corps en tant que point de vue sur le monde. Pourtant, il faut clarifier cette notion, par rapport aux possibilités, et préciser de quel corps on parle. C'est un sujet qui a été très discuté en philosophie et qui a été aussi abordé dans d'autres domaines comme la psychologie, la sociologie et l'anthropologie ; l'approche du corps mobilise donc plusieurs sciences qui utilisent des techniques et des modes d'expression divers qui leur sont propres dont des méthodes, des épistémologies et des moyens variés permettant d'étudier les sensations[295]. Dès Platon et Aristote[296] le corps a fait l'objet d'un intérêt grandissant en philosophie. Descartes, Leibniz, Bergson et Nietzsche sont d'autres philosophes, plus proches de nous, qui ont abordé le corps et son influence sur nos modes de vie et de penser avec toutes leurs nuances.

En mettant l'accent sur l'expérience du corps proprement dit Husserl, puis plus tard Merleau-Ponty, occupent une place importante dans la discussion phénoménologique sur le corps, discussion abordée aussi par plusieurs philosophes et phénoménologues du XXe siècle. Avec ses particularités, le corps vécu est thématisé par la phénoménologie qui propose un mouvement de retour à l'expérience, au vécu, au corps propre qui est fondamental. Cette conception du vécu du corps est en harmonie avec les propositions que nous présentons dans notre thèse. Avec des nuances à la fois philosophiques et méthodologiques, le corps est le socle du développement de la phénoménologie et peut, de ce fait , servir de base pour la recherche sur les troubles alimentaires et sur l'obésité.

Afin d'atteindre notre but, lequel est de mettre en évidence la contribution de Merleau-Ponty sur l'étude du corps et sur le rôle que joue ce dernier dans les troubles alimentaires et dans l'obésité, nous avons partagé ce chapitre en trois parties. Dans la première partie, nous expliquons comment la notion de corps a été édifiée, sous quelles influences et quels sont les principaux points à discuter en lien avec notre sujet de thèse. La deuxième partie est consacrée à la présentation du livre *La structure du comportement* dans lequel Merleau-Ponty expose pour la première fois l'approche du corps. La troisième partie met l'accent sur la condition d'être-

[295] Cf. A. Corbin, A., J-J. Courtine, G. Vigarello, « Préface », in *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières*, *op. cit.*, p. 10.
[296] Voir S. Roux, « Le statut du corps dans la philosophie platonicienne », in *Le Corps*, org. par J-C. Goddard. Paris: Vrin, 2005; M-H. Gauthier-Muzellec, La matière du corps vivant chez Aristote, in *Le Corps*, org. par J-C. Goddard. Paris: Vrin, 2005.

au-monde en tant que corps. Les approches sur le corps propre – considéré comme véhicule de l'être-au-monde –, sur la notion d'habitude et de généralité, sur le rôle du corps, sur l'expérience d'être et avoir un corps et sur la temporalité et spatialité sont ici présentées.

La phénoménologie du corps chez Merleau-Ponty repose sur diverses notions que nous aborderons tout au long de ce chapitre. Le corps propre, le corps vécu ou même la corporéité mettent l'accent sur l'expérience du corps, sur son caractère perceptif mais aussi sensible. En ce qui concerne le schéma corporel[297] et l'image du corps – notions très utilisées en psychiatrie et en neurologie –, Merleau-Ponty donne un statut spécifique en leur reconnaissant un rôle d'organisation de l'expérience (inter)corporelle. Il apparaît ainsi que l'intention philosophique de Merleau-Ponty est pertinente et fertile car elle confie au corps un rôle qui lui permet de surmonter les essais d'objectivation en l'impliquant largement dans l'expérience. Nous partageons donc cette intention philosophique et nous la choisissons comme voie de recherche dans ce travail.

3.1. Parcours et influences

Le chemin parcouru par Merleau-Ponty en ce qui concerne le corps est très long et riche en détails qui sont exposés dans ses différentes œuvres. Sa pensée va au-delà de la phénoménologie sans toutefois s'en éloigner complètement. La neurologie, la psychologie et la psychanalyse[298] font partie forcément du parcours qu'il a suivi pour édifier la notion de corps, en l'envisageant soit comme point de discussion et de développement, soit comme point de critique et de différenciation. Toutefois il ne faut pas oublier l'influence de la phénoménologie de Husserl, l'influence postérieure des travaux de Heidegger et la confrontation avec la pensée de Sartre. Comme l'affirme Saint Aubert, il y une double ouverture dans l'œuvre de Merleau-Ponty puisque sa pensée n'intéresse pas que les philosophes et le propre Merleau-Ponty ne s'intéressait pas seulement à la philosophie. En effet il ne s'est jamais embarrassé d'une épistémologie et a mêlé vivement les champs les plus divers. Son langage métaphorique, à la fois polymorphe et séduisant, est sa caractéristique[299].

En ce qui concerne la philosophie, on peut situer l'œuvre de Merleau-Ponty dans la confluence de deux traditions d'égale importance: la philosophie française – de Descartes à

[297] Sur ce sujet, voir le prochain chapitre de cette partie.
[298] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 17.
[299] *Ibid.*, pp. 24-25.

Maine de Biran et Bergson – et la phénoménologie husserlienne et heideggérienne[300]. Nous sommes surtout intéressés par les conséquences de la deuxième influence. Avec Husserl, Merleau-Ponty engage un débat ininterrompu, surtout avec le dernier Husserl, du livre *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzentale Phänomenologie: Eine Einleitung in di phänomenologische Philosophie*[301] et les manuscrits tardifs[302] [303] de cet auteur. Malgré des critiques, il y a une convergence méthodologique et ontologique forte, surtout en ce qui concerne le refus du réductionnisme psychologique et la promotion d'une forme de situationnisme contextuel du vivant[304]. Considérer Merleau-Ponty comme phénoménologue, malgré la cohérence de cette approche, revient à le placer dans une position particulière vis à vis des précurseurs de la phénoménologie car cela signifie qu'il sera confronté à l'œuvre des pionniers et ses travaux toujours comparés à ceux d'Husserl et d'Heidegger, avec la possibilité qu'une partie de ses propres conceptions se voient refuser le caractère d'originalité. Certains critiques ont estimé que tout ce qu'il a proposé se trouvait déjà soit chez Husserl, soit chez Heidegger ; il s'agit là d'une critique superficielle et d'un mauvais procès fait à Merleau-Ponty et, de plus, c'est nier la progression des idées avec le temps et ignorer la genèse d'une conception nouvelle. En ce qui concerne l'influence d'Heidegger sur la pensée de Merleau-Ponty, nous suivons la compréhension de Saint Aubert qui la minimise en affirmant que Merleau-Ponty n'a vraiment découvert Heidegger que vers 1958, l'ayant très peu lu avant cette date. À ce moment-là, il avait déjà atteint une grande maturité quant à sa pensée philosophique[305] et au développement qu'il envisageait à l'avenir pour celle-ci. Saint Aubert reconnaît que ces deux auteurs ont, sur certains points, des opinions très proches mais il refuse l'idée d'une confrontation philosophique directe et considère tout simplement qu'ils se rencontrent en fréquentant un terrain commun.

En ce qui concerne la notion de corps, la pensée d'Husserl a une importance majeure. Lorsque Merleau-Ponty parle du corps, il le conçoit d'abord selon une intentionnalité à savoir comme une orientation vers le monde. Il s'agit là d'un héritage husserlien donnant des indications pour penser à la fois le sujet corporel et une sorte de corporéité qui ne reproduit pas

[300] F. Dastur, *Chair et langage. Essais sur Merleau-Ponty*. La Versanne : Encre Marine, 2001, p. 07.
[301] Nous appellerons désormais cette œuvre de *Krisis*, mention largement utilisée.
[302] R. Barbaras, *De l'être du phénomène : sur l'ontologie de Merleau-Ponty*. Grenoble : J. Million, 2001, p. 09; F. Dastur, *op. cit.*, 2001, p. 10.
[303] D'après Dastur, Merleau-Ponty a pris connaissance de ces textes en 1939 à l'occasion de sa visite à Louvain.
[304] N. Depraz, *Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète*. Paris : Armand Colin, 2012, p. 33.
[305] E. de Saint Aubert, « Merleau-Ponty face à Husserl et Heidegger : illusions et rééquilibrages », *Revue germanique internationale*, 2011, vol. 13, p. 67.

le dualisme sujet-objet. L'une des premières pistes[306], suivie par Merleau-Ponty, est la distinction et aussi l'articulation entre le non-cartesien *Leib* (corps vécu) et le cartesien *Körper* (corps objectif). Sans s'éloigner complètement de ce corps objectif, Merleau-Ponty se tourne vers la dimension vécue du corps. Bien que toujours accompagnée d'une certaine étrangeté, l'expérience du corps est ce qui nous est le plus propre, une expérience primordiale pour chacun d'entre nous. À la suite de Husserl, Merleau-Ponty décrit cette expérience à partir de la perception sensible et trouve « la possibilité de penser l'unité insurmontable du sentant senti, et de faire de cette unité la manifestation de l'identité du sujet par son corps »[307]. Quoique la distinction entre le *Körper* et le *Leib* husserliens ait un rôle dans l'édification et le concept de corps chez Merleau-Ponty, on doit être attentif afin d'éviter les confusions malheureusement fréquentes. Le mot *Leib*, souvent traduit en français par chair, n'a pas ce même sens chez Merleau-Ponty[308], même si le concept de chair n'est pas tout à fait étranger à celui de corps vécu.

La psychologie classique est aussi pour Merleau-Ponty une référence ; il fait appel à elle pour trouver les moyens de penser cette expérience du corps, en particulier dans *La structure du comportement.* Il essaie aussi de transformer les institutions de la psychologie au moyen de la phénoménologie concluant, dans la *Phénoménologie de la perception ,* qu'une psychologie « est toujours amenée au problème de la constitution du monde »[309]. Dans ces deux livres il utilise souvent des exemples, empruntés à la psychologie classique, ayant une dimension expérimentale. Dans les textes suivants, la psychologie du développement est aussi présente. Dans les cours faits à la Sorbonne sur l'enfance, Merleau-Ponty se réfère à Piaget et Wallon et tient compte des apports de la psychanalyse et de sa théorisation sur le développement infantile.

La psychanalyse est présente, mais de façon assez variée dans les travaux de Merleau-Ponty. Avec l'évolution de sa philosophie, son appréciation sur la psychanalyse et son utilisation changent[310]. Malgré la critique initiale de la métapsychologie lorsqu'elle est appliquée à la clinique, à partir de 1945, Merleau-Ponty reconnaît que la psychanalyse freudienne offre une remarquable ouverture à la clinique et au champ narratif. Cela explique son acceptation de la psychanalyse[311] et l'utilisation de celle-ci de plus en plus fréquente ; de

[306] A. Zielinski, *Lecture de Merleau-Ponty et Levinas. Le corps, le monde, l'autre*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002, p. 46.
[307] Cf. *Ibid.*, p. 52.
[308] Voir le chapitre 4 dans cette partie.
[309] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », 1945, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010, p. 736.
[310] T. Ayouch, *Maurice Merleau-Ponty et la psychanalyse. La consonance imparfaite*. Lormont : Le Bord de l'eau, 2012, p. 22.
[311] M. C. Müller-Granzotto, « Merleau-Ponty leitor de Freud », *Natureza humana*, 2005, vol. 7, n° 2, p. 401.

plus il thématise l'inconscient, qu'il avait dans un premier temps négligé, et l'intègre, d'une certaine façon, dans sa philosophie.

L'intérêt que porte Merleau-Ponty à la psychanalyse débute par une critique, explicitée dans *La structure du comportement*, où il la définit comme une idéologie scientiste et objectiviste. Plus tard, dans la *Phénoménologie de la perception*, les cours à la Sorbonne (1949-1952) et quelques articles des années 1950, il l'utilise avec l'intention d'éclairer par elle la structure de l'intentionnalité corporelle. À ce moment-là, la notion d'inconscient, jusque-là incompatible avec ses conceptions, est réinterprétée et considérée comme préréflexive. Enfin lors de la dernière étape, la phénoménologie est posée comme une sorte de philosophie implicite de la psychanalyse[312]. Les citations de Merleau-Ponty se trouvant dans la préface de l'ouvrage de Hesnard, sont étonnantes et montrent que Merleau-Ponty admet une convergence entre phénoménologie et psychanalyse en affirmant par exemple :

> L'accord de la phénoménologie et de la psychanalyse ne doit pas être compris comme si « phénomène » disait en clair ce que la psychanalyse avait dit confusément. C'est au contraire par ce qu'elle sous-entend ou dévoile à sa limite - par son *contenu latent* ou son *inconscient* - que la phénoménologie est en consonance avec la psychanalyse[313]

Dans l'œuvre de Merleau-Ponty on observe un déplacement de la notion de sujet à la notion d'être[314] ; cela nous semble faciliter ou même permettre l'apparition de conditions favorables à ce que l'on pourrait nommer une un rapprochement avec la psychanalyse. Cette discussion, loin d'être simple, devient plus difficile encore avec « l'incomplétude » des écrits de Merleau-Ponty. Les derniers écrits, qui auraient dû avoir une suite, envisagent une psychanalyse ontologique[315] ancrée sur le concept de chair et révèlent diverses influences nouvelles. Avec Lacan par exemple, Merleau-Ponty avait une relation proche mais un vrai dialogue direct n'a pas été établi entre eux. Le concept d'incorporation résulte de l'influence de Melanie Klein[316]. Avec Françoise Dolto[317] il y a eu des convergences de pensées (et aussi beaucoup de divergences) par exemple avec la notion d'image inconsciente du corps. Ces

[312] T. Ayouch, *op. cit.*, p. 31.
[313] Cf. M. Merleau-Ponty, « L'œuvre et l'esprit de Fred. Préface à l'ouvrage de A. Hesnard, *L'œuvre et l'esprit de Freud et son importance dans le monde moderne* », 1960, in *Parcours deux*. 1951-1961. Paris : Ed. Verdier, 2000, p. 283.
[314] C. Lefort, « Maurice Merleau-Ponty », 1974, in Maurice Merleau-Ponty. Œuvres. Paris : Gallimard, 2010, p. 25.
[315] Voir E. de Saint Aubert, « La 'promiscuité'. Merleau-Ponty à la recherche d'une psychanalyse ontologique psychanalyse ontologique », *Archives de Philosophie*, 2006, vol. 1, tome 69, p. 11-35.
[316] E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 282.
[317] *Ibid.*, p. 62

quelques vites remarques donnent un aperçu des rencontres avec des contemporains et /ou avec leurs travaux et évoquent leur influence relative sur la pensée de Merleau-Ponty. Cependant, elles ne permettent pas de prendre conscience de l'importance de ces relations complexes qui constituent pourtant un terrain fertile méritant d'être exploré par des recherches approfondies afin de mieux cerner ce qu'apporte les travaux de Merleau-Ponty. Ce terrain, pourrait-on dire, partagé a comme point commun l'accent sur le sujet. San doute, il y a des contradictions et des incompatibilités épistémologiques qui rendent la compréhension de certains écrits parfois ambiguë et/ou difficile, mais cela ne devrait pas décourager ceux qui ont le désir de mieux les connaître, de les comprendre et aussi de les faire connaître.

En pleine maturité intellectuelle, Merleau-Ponty est décédé à 52 ans en 1961. Durant ce chemin court, mais remarquable par sa fécondité, il a cherché, par l'intermédiaire du corps, à restituer « le procès de subjectivation de l'être humain qui s'inscrit dans la structure corporelle »[318]. Sa disparition trop précoce a interrompu le cours d'une série d'écrits au contenu très innovant ; il a laissé plusieurs manuscrits, d'abord souvent difficile, qui, depuis sa mort, sont toujours l'objet de recherches[319]. Son œuvre reste inachevée et cela est vrai pour ses propositions sur la phénoménologie. Il a écrit cette phrase qui dit beaucoup sur son mode de penser: « L'inachèvement de la phénoménologie et son allure inchoative ne sont pas le signe d'un échec, ils étaient inévitables parce que le phénoménologie a pour tâche de révéler le mystère du monde et le mystère de la raison »[320].

3.2. Structure, perception et corps : un point de départ

Le fait que le corps occupe un rôle central dans la phénoménologie de Merleau-Ponty exige une grande rigueur quant à la manière de le comprendre. Les deux premiers travaux de Merleau-Ponty concernent « le problème traditionnel des relations de l'âme et du corps »[321], c'est-à-dire les rapports qui s'établissent entre le sujet et des conditions organiques de sa vie en mettant l'accent sur la perception. Nous avons d'abord étudié le livre intitulé *La structure du comportement* dans lequel Merleau-Ponty discute de la validité des recherches expérimentales en prenant comme point de vue « l'autre » et aborde la perception par rapport à l'extérieur de

[318] Cf. B. Sichère, *Merleau-Ponty ou le corps de la philosophie*. Paris : B. Grasset, p. 202.
[319] Ce travail est réalisé surtout par Emmanuel de Saint Aubert, chercheur au C.N.R.S. (École Normale Supérieure, Archives Husserl de Paris).
[320] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 736.
[321] M. Merleau-Ponty, « Travaux et projet d'enseignement », 1951, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010. p. 1813

celui qui perçoit. D'après Lefort[322], avant de choisir le titre définitif il l'avait conçu comme une étude de la perception, des rapports du sujet au monde et particulièrement au sensible.

Se plaçant sur le terrain de l'objectivité [323], dans l'ouvrage *La structure du comportement*, Merleau-Ponty explique l'échec des ontologies qui sont naturalistes et insiste sur la dimension constitutive de la conscience. Il fait une critique du naturalisme et, en se basant sur l'expérience scientifique, il tente de prouver que les perspectives ontologiques proposées et adoptées par la science ne sont pas suffisantes pour comprendre l'expérience[324]. Son but, dit-il, est de « comprendre les rapports de la conscience et de la nature[325], - organique, psychologique ou même sociale »[326]. En utilisant des mots soigneusement choisis, y compris ceux du titre, il condamne l'inversion du mouvement[327] naturel qui retire à la perception le caractère premier en tant qu' « expérience originaire »[328]. Avec ce livre il met en place une phénoménologie de la perception[329] qui « accède aux choses mêmes »[330], la perception étant alors comprise comme « 'lieu' de l'expérience phénoménale »[331]. Sa réflexion philosophique est centrée sur la lecture de plusieurs travaux de physiologie et de psychologie et, en particulier, sur la théorie des réflexes conditionnés de Pavlov et sur la *Gestaltpsychologie de* Koffka, et Kœhler, soumises à un examen critique inspiré par Frederik Buytendijk et Kurt Goldstein. Dewitte[332] souligne l'actualité de ce livre, qui pourrait pourtant être considéré comme dépassé – les considérations faites par Merleau-Ponty étant relatives à des travaux fort anciens – et il considère que, malgré le temps écoulé depuis sa publication et la supposée avancée scientifique, les théories actuelles

[322] C. Lefort, *op. cit.*, p. 13.
[323] R. Barbaras, *op. cit.*, 2001, p. 23.
[324] A. de Waelhens, *Une philosophie de l'ambigüité. L'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty*. Louvain : Éditions Nauwelaerts, 1978, p. VII.
[325] Merleau-Ponty y utilise le mot Nature comme « une multiplicité d'événements extérieurs les uns aux autres et liés par des rapports de causalité » (M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement*, 1942. Paris : PUF, 2013, p. 1).
[326] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement*, *op. cit.*,p. 1.
[327] « Toutes les sciences se placent dans un monde 'complet' et réel sans s'apercevoir qu'à l'égard de ce monde l'expérience perceptive est constituante » (Merleau-Ponty, 1942/2013, p. 331).
[328] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement*, *op. cit.*, p. 332.
[329] Malgré cette affirmation, il faut juste ajouter que les considérations initiales sur l'utilité de reprendre le problème de perception et sur le corps commencent en 1933 : « Il m'a semblé que, dans l'état présent de la neurologie, de la psychologie expérimentale (particulièrement de la psychopathologie) et de la philosophie, il serait utile de reprendre le problème de la perception et particulièrement de la perception du corps propre » (Cf. M. Merleau-Ponty, « Projet de travail sur la nature de la perception », 1933, in *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*. Lagrasse : Éditions Verdier, 2014, p. 09.
[330] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement*, *op. cit.*, p. 332.
[331] Cf. A. M. Rezende, « Le point de départ de la philosophie de Merleau-Ponty », *Revue Philosophique de Louvain*, 1975, vol. 73, n° 19, p. 453
[332] J. Dewitte, « Une Autre Existence. En Relisant La Structure Du Comportement De Maurice Merleau-Ponty », in *Penser le comportement animal*, org. par F. Burgat. Paris: Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme; Versailles: Éd. Quæ, 2010, p. 127.

« ne sont qu'une nouvelle mouture de vieilles théories datant de la fin du XIXe siècle ou des années 1920 »[333]. L'analyse critique merleau-pontienne garde toute sa valeur si l'on réussit à établir une certaine distance avec le texte et si l'on parvient à ne retenir que l'essentiel. Bien qu'il s'agisse de l'un de ses premiers écrits, le style d'argumentation, qui sera retrouvé dans toute son œuvre, est déjà présent et cela démontre l'importance des phénomènes décrits par rapport aux cadres théoriques. D'après Rezende[334], dans *Le structure du comportement* on trouve l'intuition première de Merleau-Ponty, caractérisée, dès le début, par sa richesse et par sa complexité .

Très intéressé par la relation entre le corps et l'âme, Merleau-Ponty avait l'intention de réviser les antinomies de la métaphysique classique : « sujet » et « objet », « intérieur » et « extérieur », « objectif » et « subjectif », « nature » et « culture » et souhaitait proposer un sens aux termes utilisés au-delà de leurs catégories et du sens jusque-là imposé par la science. Il a essayé de montrer que le progrès scientifique oblige à une révision ontologique de sa base[335]. Son projet est d'abord épistémologique ; il se propose de discuter la notion de comportement proprement dit, justifiant le choix de cette notion par sa neutralité par rapport au psychique et au physiologique – distinctions classiques – et par la possibilité, avec celle-ci, d'une nouvelle définition[336]. Il s'agit d'une explication directe de la notion de comportement, très différente de la prise de conscience du comportement largement discutée dans la psychologie américaine[337].

Lorsque Merleau-Ponty met l'accent sur la perception et sur le comportement, le corps forcément assume un rôle central puisque la relation établie ne l'est pas qu'avec les choses existantes mais aussi avec notre propre corps. Il affirme que « le corps propre et ses organes restent les points d'appui ou les véhicules de mes intentions et ne sont pas encore saisis comme des 'réalités physiologiques'» [338]. En tant que tel, le corps ne fonctionne pas comme une machine inerte ou comme un simple instrument extérieur et doit être « saisi « ou compris comme « l'enveloppe vivante de nos actions » [339]. Il a une fonction médiatrice qui nous échappe souvent dans la mesure où nous ne nous rendons pas compte de notre propre corps. Merleau-Ponty, en tant que phénoménologue, préconise l'expérience immédiate et lui attribue la

[333] Cf. *Ibid.*, p. 128.
[334] A. M. Rezende, *op. cit.*, p. 451.
[335] R. Furlan, « A noção de consciência n'A Estrutura do Comportamento (Merleau-Ponty) », *Psicologia USP*, 2001, vol. *12*, n°1, p. 11-31.
[336] Ce serait aussi une forme d'éviter le mot polémique conscience (Furlan, *op. cit*., 2001).
[337] M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 3.
[338] Cf. *Ibid.*, p. 285.
[339] Cf. *Ibid.*

responsabilité d'empêcher que le corps ne devienne une machine :« l'analyse du corps humains ne peut se fermer sur elle-même, comme si le corps était une chose »[340] [341].

En vivant dans un univers d'expériences, le sujet entretient un « commerce direct avec les êtres, les choses et son propre corps »[342]. Grâce à la perception. Merleau-Ponty comprend que l'on n'atteint la chose elle-même que par la perception, ce qui revient à dire que tout ce que nous pouvons penser est une signification de la chose proprement dite et la perception apparaît justement comme « l'acte dans lequel cette signification se révèle à moi »[343]. Il s'éloigne d'un modèle explicatif et naturaliste de la perception, mais il ne renonce pas à prendre en considération les aspects du fonctionnement cérébral et nerveux[344]:

> Le perçu n'est pas un effet du fonctionnement cérébral, il en est la signification. Toutes les consciences que nous connaissons se présentent ainsi à travers un corps qui est leur aspect perspectif. Mais enfin chaque dialectique individuelle a pour ainsi dire des étapes cérébrales, qu'elle ignore elle-même, la signification du fonctionnement nerveux a des points d'appui organiques qui ne figurent pas en elle[345].

L'une des conséquences de cette compréhension est que le corps devient aussi l'un des objets qui se constitue devant la conscience et s'intègre au monde objectif. Même en devenant l'un des objets, le corps propre ne sera pas qu'un objet : le corps, auquel Merleau-Ponty fait référence, est un corps phénoménal, un corps-sujet[346]. Pourtant, ce corps perd de façon progressive son rôle de corps phénoménal devant les constants changements du monde phénoménal et des essais d'objectivation. Il est souvent remplacé par un corps réel: « celui que l'anatomie ou plus généralement les méthodes d'analyse isolante nous font connaître : un ensemble d'organes dont nous n'avons aucune notion dans l'expérience immédiate et qui interposent entre les choses et nous leurs mécanismes, leurs pouvoirs inconnus »[347]. Le corps pourrait alors être compris naïvement comme une machine animée par l'âme et objectivable, compréhension erronée pour Merleau-Ponty qu'il a souvent combattue. Ce mode de concevoir

[340] Cf. M. Merleau-Ponty, « Travaux et projet d'enseignement », 1951, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010. p. 1816.
[341] Cette compréhension est déjà présente dans le texte *Être et Avoir*, publié originairement en 1936, sur le livre, avec le même titre, du philosophe Gabriel Marcel.
[342] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 287.
[343] Cf. *Ibid.*, 303.
[344] Il est important souligner la scientificité suivie par Merleau-Ponty dans les deux premières œuvres. Nous affirmons cela dans le sens d'un dialogue et d'une confrontation très fructueuse qu'il établit tout au long de ces écrits, avec les productions de l'époque, surtout, liées à la psychologie.
[345] Cf M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 328.
[346] A. M. Rezende, *op. cit.*, p. 454.
[347] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 287.

le corps qu'il refuse est justement la manière d'approche actuelle du corps modulé à l'excès et établi comme cible. On verra, tout au long de cette thèse, la progression de cette accentuation qui met le sujet de plus en plus dans une situation de vulnérabilité et souffrance, comme l'illustrent les liens entre souffrance et troubles alimentaires et obésité.

Tout au long du livre *La structure du c*omportement, Merleau-Ponty réfute l'idée du corps comme mécanisme fermé sur lequel l'âme, ou même le cerveau, pourrait agir. Pour lui, le corps n'est défini que par son fonctionnement en permettant tous les degrés d'intégration. Dans ce mouvement, il reconnaît, à partir de la *Psychologie de la Gestalt,* l'importance de la notion de structure. Il s'agit d'une structure qui n'est ni chose ni conscience mais qui correspond à une région de sens. Cette notion fait apparaître une conscience située, incarnée qui crée les conditions nécessaires à la critique par une subjectivité pure et permet de penser l'existence, question restée jusque-là latente. Avec la notion de structure, Merleau-Ponty refuse à la fois la conception mécaniciste de corps et la conception intellectualiste de conscience[348] et reste « en rapport avec sa conception de l'homme comme être-au-monde »[349]. Par ce point de vue structural il reconnaît la priorité du phénomène par rapport au réel et du perçu par rapport aux choses en soi[350].

En ce qui concerne le corps propre, Merleau-Ponty discute son caractère vécu et place le comportement du sujet au même niveau. Le corps propre ne suit pas un processus de signification logique car il n'est pas totalement accessible, son inspection est limitée. Il établit alors la différence entre les possibilités de signification d'une chose extérieure et de notre corps:

> Quand il s'agit d'une chose extérieure, je sais qu'en changeant de place je pourrais voir les côtés qui me sont cachés, - en occupant la position qui était à l'instant celle de mon voisin, je pourrais obtenir une vue perspective nouvelle et en faire un compte rendu verbal qui concorderait avec la description qui mon voisin donnait à l'instant de l'objet. Je n'ai pas la même liberté envers mon corps. Je sais bien que je ne verrai jamais directement mes yeux, et que, même dans un miroir, je ne puis saisir leur mouvement et leur expression vivante[351]

Il s'agit là du perspectivisme de la perception qui met déjà en évidence une ambigüité et un statut bien particulier en ce qui concerne le corps propre. Cette ambigüité[352] « est, d'une part, ce qui nous différencie des choses dénuées de vie, comme une pierre, et est, d'autre part,

[348] Voir R. Furlan, *op. cit*.
[349] Cf. A. M. Rezende, *op. cit.,* p. 458.
[350] Cf. *Ibid.*, p. 460.
[351] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 324.
[352] L'ambigüité de sa pensée s'élargit tout au long de ses textes, bien qu'elle soit déjà présente à ce moment par rapport à la perception du corps propre.

ce qui nous interdit d'être simplement une entité absolument spirituelle »[353]. Le corps propre est à la fois ce qui perçoit (des choses et dans une certaine mesure soi-même) et ce qui vit l'expérience. La perception complète de soi-même ne sera jamais possible car la condition d'incarnation sera toujours présente comme condition pour permettre la perception. De plus cela empêche que ce corps soit complètement objectivé puisqu'il y aura toujours une expérience, un mouvement.

Dans cette phase de sa pensée, Merleau-Ponty comprend l'expérience perceptive comme l'expérience existentielle fondamentale, comme conscience perceptive et il considère qu'elle est à la fois « conscience de soi et conscience du monde, perception structurale de l'être et du monde »[354]. Il ne s'agit pas d'une conscience réfléchie et intellectuelle car elle est du domaine du vécu, du préréflexif, de l'immédiat. Cette expérience est vécue dans le corps et par le corps dans son fonctionnement ambigu : « Le corps fonctionnant a une signification ambigüe. Il n'est pas *partes extra partes*, avons-nous vu, mais il n'est pas davantage idée »[355]. Il y a un entrelacement structurel et « l'existence d'une perception extérieure, celle de mon corps, et 'dans' ce corps, de phénomènes pour moi imperceptibles sont donc rigoureusement synonymes »[356]. Il y a des rapports structurels entre la conscience et la nature qui ont le pouvoir de réunir dialectiquement l'existence et la signification[357]. Autrement dit le processus dialectique de structuration permet l'existence de la signification et la signification de l'existence.

En essayant de trouver un lieu qui puisse rendre compte de la vie naturelle de l'homme et des actes de la conscience, Merleau-Ponty est amené à parler du corps. Cela démontre que cette question était présente dès *La structure du comportement*. Dès lors « la vie naturelle du sujet – telle que l'entend Merleau-Ponty – est de part en part une puissance intentionnelle dénuée d'objectivations, est toute entière existence corporelle »[358]. On n'existe pas en dehors de notre corps et, au sens phénoménologique, cela signifie « qu'il (le corps) a un point de vue sur le monde »[359] : le sujet fait corps avec le milieu, c'est-à-dire que c'est grâce au corps et par ce corps que l'on a un point de vue sur le monde. La condition de la perception existentielle est donc l'existence du corps et de son point de vue.

---

[353] Cf. N. Lebrument, « Le corps comme pivot des rapports du langage et du sensible chez le premier Merleau-Ponty », *Recherches Qualitatives*, 2013, hors série, n° 15, 381-396, p. 381.
[354] Cf. A. M. Rezende, *op. cit.,* p. 472.
[355] Cf. M. Merleau-Ponty, « Travaux et projet d'enseignement », *op. cit*,, p. 1815.
[356] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 287.
[357] A. M. Rezende, *op. cit.*, p. 473.
[358] Cf. N. Lebrument, *op. cit.*, p. 381.
[359] Cf. A. M. Rezende, *op. cit.,* p. 263.

La conception de corps de Merleau-Ponty est en relation étroite avec sa manière de comprendre l'âme et ses relations avec le corps. Il estime que les notions d'âme et de corps doivent être relativisées :

> il y a le corps comme masse de composés chimiques en interaction, le corps comme dialectique du vivant et de son milieu biologique, le corps comme dialectique du sujet social et de son groupe, et même toutes nos habitudes sont un corps impalpable pour le moi de chaque instant. Chacun de ses degrés est âme à l'égard du précédent, corps à l'égard du suivant[360].

Il n'y a ni distinction absolue entre l'âme et le corps ni sens auquel nous référer en ce qui concerne l'âme et le corps, seule demeure leur connexion qui est fondée sur l'expérience originaire. Il s'agit de l'existence phénoménale, de la structure du comportement : « En revenant à cette structure comme à la réalité fondamentale, nous rendons compréhensible à la fois la distinction et l'union de l'âme et du corps »[361].

La dimension existentielle de la philosophie de Merleau-Ponty est déjà présente comme voie critique de la pensée causale. Pour lui, le comportement est un « être-au-monde » qui a un rôle actif et l'explication scientifique n'est pas suffisante[362]. Il affirme l'intentionnalité de l'être-au-monde en tant que manifestation d'un sens vécu, une « façon proprement humaine de signifier »[363]. Merleau-Ponty souligne « *l'émergence d'une signification* indécomposable »[364] qui doit être décrite dans le moment même de l'expérience pour que l'intention et le sens puissent se montrer à travers les actions du sujet.

Rezende considère que « décrire dialectiquement le comportement c'est faire voir sa structure, sa complexité, son intentionnalité, sa signification, son vécu »[365], ce qui signifie qu'il faut être très attentif au sens du vécu qui est antérieur à la pensée. Tous ces idées, développées dans ce livre et aussi que l'on retrouve dans les textes ultérieurs de Merleau-Ponty, permettent de songer à l'élaboration d'une méthode, inspirée par sa phénoménologie, donnant la priorité à la signification de l'expérience vécue, utilisable soit au niveau de la recherche, soit au niveau clinique, même si cela n'était pas l'intention première de l'auteur. Nous comprenons que la phénoménologie de Merleau-Ponty fournit quelques outils très utiles. Par rapport à l'expérience hyperphagique par exemple cela incite à chercher le sens du vécu au moment même où le sujet a été confronté à cette expérience. Il ne s'agit pas d'étudier le comportement en tant qu'action,

[360] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 319.
[361] Cf. *Ibid.,* p. 318.
[362] A. M. Rezende, *op. cit.*, p. 465.
[363] Cf. *Ibid.*, p. 470.
[364] Cf. M. Merleau-Ponty, *La structure du comportement, op. cit,* p. 258.
[365] Cf. A. M. Rezende, *op. cit*. p. 477

mais d'analyser, pour en découvrir le sens, le vécu du sujet en considérant ce vécu d'autrui comme mode d'être-au-monde. Ce sens ne peut être atteint qu'à partir de la description de l'expérience par autrui. Pour « penser » ce sujet, il faut penser aussi le monde dans sa relation originaire, puisque l'approche du sujet est toujours accompagnée de la considération de son enchevêtrement dans et avec le monde. Cette question est fondamentale dans la *Phénoménologie de la perception* et constitue l'un des héritages les plus importants de la phénoménologie.

Presque dix ans après la publication de *La structure du comportement*, Merleau-Ponty conclut, par rapport à cette première analyse du corps, que le passage « d'une conscience objectiviste du corps à une structure du comportement qui le détache déjà de l'ordre des choses, le réintègre comme totalité à comprendre dans la perception du spectateur »[366]. Il reconnaît ainsi le premier pas qu'il a fait en attribuant au corps un rôle central dans le processus de signification, de perception et de structuration. À partir de ce point de départ, Merleau-Ponty commence à réfléchir sur le corps et les développements suivants ouvrent encore plus de possibilités en ce qui concerne la compréhension du corps dans les troubles alimentaires et dans l'obésité.

3.3. L'être-au-monde en tant que corporéité

Du *La structure du comportement* à la *Phénoménologie de la perception* Merleau-Ponty demeure fidèle à son engagement de combattre de front tant le naturalisme que l'intellectualisme. L'une des différences entre ces œuvres est l'importance prise par le corps dans le deuxième ouvrage qui montre la condition de l'homme d'être-dans-le-monde dans une unité et suggère la corporéité comme voie d'accès. Autrement dit « le corps phénoménal, c'est le corps percevant, c'est le corps qui s'apparaît à lui-même en faisant apparaître le monde »[367]. Le corps y est considéré comme le sujet de la perception[368] et redécouvrir le corps implique redécouvrir le monde perçu. Percevoir, depuis le corps propre, est déterminant et conditionne la totalité de notre être-au-monde[369].

[366] Cf. M. Merleau-Ponty, « Travaux et projet d'enseignement », *op. cit*., p. 1816.
[367] Cf. P. Dupond, *Dictionnaire Merleau*-Ponty. Paris : Ellipses, 2007, p. 38.
[368] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 915.
[369] C. da Silva-Charrak, *Merleau-Ponty, le corps et le sens*. Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Philosophies, 2005, p. 41.

L'avant-propos de la *Phénoménologie de la perception* est un texte remarquable et une belle introduction à la phénoménologie telle que conçue par Merleau-Ponty. En partant d'une critique élégante de la pensée de Husserl, Merleau-Ponty cherche à la fois à définir la phénoménologie et à faire apparaître son inachèvement. Comprise comme un « essai d'une description directe de notre expérience telle qu'elle est, et sans aucun égard à sa genèse psychologique et aux explications causales »[370], « la phénoménologie se laisse pratiquer et reconnaître comme manière, comme style, elle existe comme mouvement »[371] dont l'accessibilité n'est possible qu'avec une méthode phénoménologique. Merleau-Ponty met l'accent sur l'expérience vécue comme source primaire de la connaissance sans laquelle la science n'existerait pas :

> Tout l'univers de la science est construit sur le monde vécu et si nous voulons penser la science elle-même avec rigueur, en apprécier exactement le sens et la portée, il nous faut réveiller d'abord cette expérience du monde dont elle est l'expression seconde[372].

Il s'agit d'une expérience qui se déroule dans le monde compris comme « le milieu naturel et le champ de toutes mes pensées et de toutes mes perceptions explicites »[373] et lieu exigé pour permettre la connaissance de l'homme. Il n'est pas possible de séparer tout à fait l'homme et le monde à la recherche d'un homme intérieur ou d'une subjectivité pure car « il n'y a pas d'homme intérieur, l'homme est au monde, c'est dans le monde qu'il se connaît »[374].

L'exercice phénoménologique de Merleau-Ponty, qui reconnaît notre mondanité, exige une réduction phénoménologique au fur et à mesure que nous sommes de plus en plus en rapport avec un monde qu'à la fois nous constituons et qui nous constitue. Il faut donc suspendre le mouvement, nous mettre hors-jeu ou même ouvrir la possibilité de nous étonner[375] devant le monde. Nous avons une familiarité avec le monde qui doit être rompue pour « pouvoir voir le monde et le saisir comme paradoxe »[376]. Dans ce sens, Merleau-Ponty[377] comprend que, au-delà de la discussion de la possibilité ou non, c'est justement l'impossibilité d'une réduction complète qui est le plus grand enseignement.

---

[370] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 657.
[371] Cf. *Ibid.*, p. 658.
[372] *Ibid.*, p. 659.
[373] Cf. *Ibid.*, p. 661.
[374] Cf. *Ibidem.*
[375] Merleau-Ponty fait référence à Eugen Fink, l'assistant de Husserl, comme celui qui a mieux composé la formule de la réduction.
[376] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 664.
[377] *Ibidem.*

Le monde va au-delà de la pensée, de la réflexion, il est

> ce que je vis, je suis ouvert au monde, je communique indubitablement avec lui, mais je ne le possède pas, il est inépuisable. « Il y a un monde », ou plutôt « il y a le monde », de cette thèse constante de ma vie je puis jamais rendre entièrement raison[378].

Il s'agit de travailler avec des possibilités, et non avec le supposé réel, dans une condition ambiguë où il n'y a pas de séparation exacte entre le sujet et le monde. Les sens ont leurs origines à la fois dans le monde et dans le sujet et ne peuvent pas être isolés[379]. Merleau-Ponty justifie cela du fait de notre condition « mondaine » et de notre condamnation au sens: « Parce que nous sommes au monde, nous sommes *condamnés au sens*, et nous ne pouvons rien faire ni rien dire qui ne prenne un nom dans l'histoire »[380].

Dans son effort pour rompre les dichotomies, Merleau-Ponty a montré que la phénoménologie, avec la notion de monde, a eu le mérite de joindre l'extrême subjectivisme et l'extrême objectivisme. Il s'agit donc de comprendre le monde phénoménologique en tant que

> le sens qui transparaît à l'intersection de mes expériences et à l'intersection de mes expériences et de celles d'autrui, par l'engrenage des unes sur les autres, il est donc inséparable de la subjectivité et de l'intersubjectivité qui font leur unité par la reprise de mes expériences passées dans mes expériences présentes, de l'expérience d'autrui dans la mienne (…) Le philosophe essaye de penser le monde, autrui et soi-même, et de concevoir leurs rapports[381].

Cette compréhension a des implications importantes par rapport à la production d'une recherche et des réponses cherchées. Les sens d'une expérience vécue sont visés sans suivre des logiques subjectivistes, explicatives ou causales. Merleau-Ponty parle de réapprendre à voir le monde et considère la phénoménologie comme celle qui pourrait fournir des outils pour y parvenir. Dans le cas des expériences hyperphagiques et de l'obésité par exemple il faut maintenir le mouvement de retour à l'expérience et chercher à dévoiler leurs sens sans oublier que le monde vécu est toujours là et que la subjectivité est toujours intersubjectivité. Tous ces sens sont vécus par un corps qui ne cesse pas d'éprouver et de s'éprouver dans notre quotidienneté. L'un des défis est d'atteindre ces sens sans succomber naïvement à des tentations dichotomiques comme une réification de la subjectivité ou, au contraire, la compréhension d'un monde qui serait capable de surmonter le sujet tout en fournissant ses significations.

---

[378] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 667-668.
[379] Cf. *Ibid.*, 670.
[380] Cf. *Ibid.*, 671.
[381] Cf. *Ibidem.*

3.3.1. Mon corps : véhicule de l'être-au-monde

En montrant que le corps est à la fois sujet et véhicule de l'être au monde, Merleau-Ponty[382] révèle une voie de connaissance et d'ouverture caractérisée par la permanence absolue d'un corps qui est toujours présent et engagé mais qui doit en même temps être vu comme objet du monde pour être reconnu comme moyen de communication avec ce monde. Si le corps n'est plus seulement objet, devient-il sujet ? Une réponse positive ne pourrait pas résoudre le problème de la dichotomie toujours posée par Merleau-Ponty : le sujet et l'objet, l'homme et le monde, l'intérieur et l'extérieur, l'esprit et le corps continueraient à exister en tant qu'éléments opposés. En s'éloignant du concept de la psychologie classique qui attribuait au corps propre des caractères compatibles avec le statut d'objet, Merleau-Ponty reconnait l'impossibilité d'assimiler le corps propre à un objet du fait qu'on ne peut pas s'en éloigner. La permanence absolue du corps sert de fond à la permanence des objets qui elle est relative, puisque le corps signifie un « champ de présence » [383] et permet une communication avec l'objet. Je peux observer avec mon corps, mais je ne peux pas l'observer (lui-même). Il me faudrait, pour y parvenir, disposer d'un second corps. D'après Merleau-Ponty, le corps « n'est ni tangible ni visible dans la mesure où il est ce qui voit et ce qui touche » [384].

Si nous utilisons ce qui précède pour comprendre les questions liées au « manger » ou au « se nourrir », plus proches de notre thématique, il est possible de reconnaître là une expérience primordiale et nécessaire à la survie. Nous sommes notre propre corps et, ce qui est notre corps, au moins dans un sens concret, est étroitement en rapport avec ce que nous mangeons. Il est possible de dire d'ailleurs que ce que nous mangeons donne des indices sur notre mode d'être-au-monde et sur notre relation avec notre propre corps. Autrement dit nos actes, liés à l'alimentation, révèlent et illustrent notre mode d'être-au-monde face à l'impossibilité d'une existence sans un rapport avec l'acte de manger. La conséquence est qu'il faut essayer de comprendre « ces sens » qui « traversent » et sont « traversés » par le corps. En restant fidèle à la conception de Merleau-Ponty, nous sommes amenés à considérer que nous vivons notre corps, nous habitons notre corps qui a une « structure originale » [385] et ce comportement « dessine une manière de traiter le monde » [386]. Cependant une pathologie peut

[382] *Ibidem*.
[383] Cf. *Ibid.*, p. 771.
[384] Cf. *Ibidem*.
[385] Cf. *Ibid.*, p. 770.
[386] Cf. *Ibid.*, p. 1018.

changer le mode d'accès au monde, même s'il y a encore un sujet dans un corps qui demeure, et instituer une manière particulière de traiter le monde et le corps propre.

En habitant le monde par le corps, nous avons conscience du monde par le moyen de notre corps[387]. Nous pouvons, en suivant l'exemple de Merleau-Ponty, connaître les faces des objets en en faisant le tour. Cependant, avec notre propre corps, le processus devient difficile à mettre en œuvre car ni l'objectivation complète ni la prise de distance ne sont pas possibles. L'incarnation corporelle ne signifie pas forcément bien connaître le propre corps ; il s'agit d'une connaissance ambiguë. Merleau-Ponty a bien mis en évidence que notre corps comporte deux dimensions distinctes, dans un double régime de fonctionnement, qui chaque fois interfèrent, et sont la source de l'ambiguïté du savoir relatif au corps habituel et au corps actuel[388].

Le corps habituel porte une sédimentation qui se généralise et est incarnée. Le pouvoir du sujet sur son corps se dégrade avec l'importance grandissante que prend ce corps, comme dans l'exemple du membre fantôme ; le malade ici se maintient fixé dans cette habitualité empêchant le sujet d'avoir un contact avec le corps actuel (son corps actuel). On peut dire, avec Merleau-Ponty, que « c'est une nécessité interne pour l'existence la plus intégrée de se donner un corps habituel » [389] car il permet une intégration. Le corps actuel est au service de la demande actuelle, présente et effective de celui qui perçoit et désire. Dans notre existence corporelle nous fluctuons toujours entre ces deux types de comportement perceptif, il y a à la fois continuité et mouvement[390]. Cette distinction pourrait nous servir d'inspiration pour bien comprendre quelques conduites alimentaires dites anormales et les troubles alimentaires. L'acte de manger est toujours guidé par une intentionnalité motrice, c'est-à-dire qu'il a un sens, une direction, une orientation, un but mais il en est de même pour le fait de ne pas manger, surtout si nous comprenons la dimension naturelle, habituelle et fondamentale de l'acte de manger. Qu'est-ce que nous fait manger ? La faim ? Le plaisir ? La santé ? Les situations particulières ? Quel rôle joue la culture ? Parmi plusieurs possibilités, nous vivons dans une condition humaine qui exige le « manger » et nous impose toujours une relation avec la nourriture. C'est le corps qui répond, vit les expériences par rapport à cela et « s'engage ».

---

[387] *Ibid.*, p. 761.

[388] Dès La *structure du comportement*, Merleau-Ponty utilise beaucoup l'exemple du membre fantôme pour illustrer l'expérience corporelle et, dans la *Phénoménologie de la perception*, pour comprendre l'ambiguïté du savoir corporel.

[389] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 766.

[390] R. Bernet, « Le sujet dans la nature. Réflexion sur la phénoménologie de la perception chez Merleau-Ponty », 1992, in *Merleau-Ponty. Phénoménologie et expériences*, org. par M. Richir, E. Tassin. Grénoble : Ed. Jérôme Millon, 2008, p. 68-69.

On pourrait dire que l'acte de manger est à la fois traversé par ce qui est habituel et par ce qui est actuel. On vit un processus d'intégration des habitudes tout au long de notre vie et le corps apparaît comme « l'habitude primordiale, celle qui conditionne toutes les autres et par laquelle elles se comprennent »[391]. Chacun d'entre nous a une manière propre de se nourrir, construite pendant des années et ce dès la naissance, soutenue par un corps qui est indissociablement présent. Parfois, dans certaines circonstances, certaines actions peuvent être exigées par un évènement comme par exemple la sensation de faim qui incite à l'acte de manger et évoque l'actualité du corps. Il s'agit d'une relation avec le corps qui n'est pas simple et les troubles alimentaires, et même l'obésité en tant qu'un mode d'être, pourraient être compris comme une difficulté ou une incapacité à fluctuer entre ce corps habituel et ce corps actuel qui correspondent à deux dimensions de notre existence corporelle. Il s'agit d'un point de vue ancré dans le vécu corporel et dans le mouvement qui consiste à tenter de trouver un équilibre, même s'il y a encore une tension, entre ces deux formes. Cette approche peut nous permettre de mieux comprendre ce mouvement existentiel qui, dans ce cas, est rattaché, plus encore, aux expériences alimentaires.

Nous pourrions suggérer, pour illustrer ce propos, que dans l'expérience hyperphagique il y a un chevauchement ou plus exactement une domination du corps actuel sur le corps habituel, ceci conduisant à une envie d'une intensité telle que l'habitude ne peut pas le refreiner alors qu'il est tourné vers l'acte de manger. L'actualité du corps prévaut sur l'habitualité, augmente l'envie de manger, aboutissant à un comportement hyperphagique. En cas d'anorexie, on pourrait dire que le corps actuel n'engendre pas un besoin assez important et donc une sensation de faim suffisante pour rendre l'acte de manger effectif. On peut aussi admettre que, du fait d'altérations de l'image du corps, le patient lutte contre sa faim et essaie de ne pas permettre que le corps actuel parvienne à une action effective. Sentir la faim n'est pas ici la condition pour manger et l'anorexique combat cette sensation en faisant appel à ses propres croyances, bien sûr déviantes. En réfléchissant, on peut aboutir à la conclusion que la liaison entre notre corps actuel et notre corps habituel n'est pas qu'une question d'équilibre car dans la mesure où le corps actuel s'impose, il peut devenir de plus en plus habituel, face à notre capacité de modifier nos habitudes en fonction des expériences corporelles. On peut ajouter que le corps habituel peut aussi se cristalliser selon une configuration raidie, fixe et souvent sans mouvement et sans ouverture aux demandes actuelles. Toutes ces expériences sont vécues dans

[391] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 770.

le monde comme « horizon latent de notre expérience » [392] par le corps propre comme « moyen de notre communication avec lui » [393], c'est-à-dire que les actions données par le corps sont toujours dans le monde, dans une spatialité constitutive et fondamentale.

Le corps n'est pas régi par une loi de construction semblable à celle de la perception des autres objets ; le mode d'unité choisit ne le permet pas. Merleau-Ponty justifie cette réalité en disant que « je ne suis pas devant mon corps, je suis dans mon corps, ou plutôt je suis mon corps »[394]. Le problème est que même en étant notre corps, l'harmonie, même si elle est tout à fait possible, n'est jamais garantie car il y a souvent un écart entre ce *corps que nous sommes* et ce *corps que nous avons* et aussi avec celui dont nous avons besoin et celui que nous désirons, voire celui que nous devrions avoir. Tout cela engage un certain style, à partir d'une unité et de la condition d'être le propre corps, qui ne peut pas être comparé à un objet physique mais plutôt à une œuvre d'art. Il s'agit d'un véhicule de l'être-au-monde énigmatique face à sa diversité et ses possibilités de signification.

3.3.2. L'habitude et la généralité : le corps comme œuvre d'art

Les discussions sur l'habitude font partie de la tradition philosophique depuis Aristote et ont perduré, de manière différente, chez de nombreux philosophes dont Descartes, Husserl, Bergson, Ricœur et Merleau-Ponty, parmi d'autres. Dans l'œuvre de Merleau-Ponty l'habitude est présente d'une manière récurrente attachée à sa préoccupation centrale : la question de l'union de l'âme et du corps. Il recherche ce qui est indissociablement corporel et aussi spirituel : la chair[395]. Dans la *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty reconnaît l'existence d'une structure originale du corps propre constituée au fur et à mesure que les actions engagées par l'habitude sont incorporées en étant le corps propre ainsi l'habitude primordiale. En tant qu'habitude primordiale, le corps propre conditionne et permet une compréhension, c'est-à-dire que « c'est le corps qui 'comprend' dans l'acquisition de l'habitude » [396]. Tout cela nous conduit à poser la question : l'acte de manger serait-il vraiment une habitude ?

[392] Cf. *Ibid.*, p. 772.
[393] Cf. *Ibidem.*
[394] Cf. *Ibid.*, p. 834.
[395] E. de Saint-Aubert, « C'est le corps qui comprend ». Le sens de l'habitude chez Merleau-Ponty, *Alter*, 2004a, vol. 12, p. 105.
[396] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 828.

L'homme commence à manger très tôt et cela, au tout début de sa vie, exige l'existence de l'autre[397]. Le nouveau-né humain ne mange qu'avec l'aide de quelqu'un : il s'agit d'un fait reconnu par tous. L'acte de manger « tout seul » ne vient qu'après l'acte d'être alimenté par l'autre. Bien que la réponse à la question posée ne soit pas donnée, cela nous montre le rôle originaire du « manger » et sa continuité pendant toute la vie. Il s'agit d'un apprentissage d'une possibilité corporelle par notre « ouverture sensori-motrice au monde et des compétences qui se forgent dans cette ouverture même »[398]. L'analyse phénoménologique merleau-pontienne a pour objet justement de comprendre cela. Pour Merleau-Ponty « Un mouvement est appris lorsque le corps l'a compris, c'est-à-dire lorsqu'il l'a incorporé à son 'monde', et mouvoir son corps c'est viser à travers lui les choses » [399]. Alors, on peut supposer qu'il y a bien un apprentissage moteur[400] par rapport au manger mais cela ne peut pas être compris comme un mouvement cognitif pris dans un sens restrictif. Il y a un sens naturel du manger qui est lié à l'habitude et aussi au besoin.

Dans la *Phénoménologie de le perception* Merleau-Ponty nous donne une sorte de définition de l'habitude en tant que « pouvoir que nous avons de dilater notre être-au-monde, ou de changer l'existence en nous annexant de nouveaux instruments »[401]. Elle n'est ni une connaissance ni un automatisme – « Il s'agit d'un savoir qui est dans les mains, qui ne se livre qu'à l'effort corporel et ne peut se traduire par une désignation objective »[402]. Il cite plusieurs exemples comme l'habitude de conduire, de dactylographier ou encore l'usage d'un bâton par un aveugle. Tout cela comporte un « savoir de familiarité » et, selon Merleau-Ponty, « nous invite à remanier notre notion de 'comprendre[403]' et notre notion du corps » [404]. Nous portons une habitude qui rend possible la familiarité et traverse tout notre regard et prise de position par rapport à nous-mêmes et par rapport au monde.

E. de Saint Aubert estime que dans la *Phénoménologie de la perception* Merleau-Ponty anticipe déjà les relations avec la chair en évoquant l'habitude

---

[397] D. Legrand, F. Briend, « Anorexia and bodily intersubjectivity », *European Psychologist*, *Special Issue: Multiple Perspectives in Body Image Research*, 2015, vol. 20, n° 1, p. 52.
[398] Cf. E. de Saint-Aubert, *Du lien des êtres aux éléments de l'être. Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*. Paris: Vrin, 2004b, p. 106.
[399] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 822.
[400] Comprise ici comme « une manière de accéder au monde et à l'objet, une *'praktognosie'* qui doit être reconnue comme originale et peut-être comme originaire » (M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 823).
[401] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 827.
[402] Cf. *Ibidem.*
[403] Pour Merleau-Ponty, comprendre signifie « éprouver l'accord entre ce que nous visons et ce qui est donné, entre l'intention et l'effectuait » (*Phénoménologie de la perception, op. cit.*, p. 828).
[404] Cf. *Ibid.*, p. 828.

> comme rapport expressif dans lequel le schéma corporel tend des « vecteurs affectifs », tandis que les choses lui sont donnés comme autant de « sources émotionnelles » qu'il peut en retour transfigurer et « consacrer ». Animée par une corporéité qui « comprend » à la mesure de ses puissances désirantes, l'habitude est bien plus qu'une disposition acquise, un tour de main que l'on possède : au-delà d'une simple gestion de l'avoir, elle est décidément « une opération d'existence » et un « rapport d'être », la rencontre vivante de mon être et celui du monde dans une manière d'être commune - dans un même style et une même chair[405].

En tant qu'ancrage dans le monde, le corps acquiert l'habitude en fonctionnant « comme médiateur d'un monde »[406] dans une espace expressif qui est l'origine de tous les autres. « Le corps est notre moyen général d'avoir un monde »[407]. Ce corps en acte[408] est pénétré par des significations nouvelles – et la motricité se montre comme intentionnalité originale avec des noyaux de signification – mais il a une fonction générale. Autrement dit, il y a une tendance de généralité dans toute forme de vécu[409]. Avec l'habitude, nous sommes capables d'anticiper et de nous modifier devant des situations nouvelles ; l'habitude exprime donc la manière d'être corps[410] dans la rencontre de notre être avec le monde dans une dimension commune. Le corps humain et sa puissance de généralité est, pour Merleau-Ponty, la merveille des merveilles[411]. L'habitude n'a pas une fonction d'abstraction mais, à partir du mouvement concret et constant de l'existence, elle généralise.

Merleau-Ponty admet l'existence d'une généralité aussi bien de nos habitus que de nos fonctions corporelles. Les habitus peuvent être compris en tant que notre capacité d'expansion devant ce qui est nouveau mais aussi des résultats d'un vécu quotidien qui permet ou pas d'annexer une manière propre, habituelle. On peut dire qu'il y a une positivité avec l'expansion, l'ouverture de possibilités, mais aussi une négativité lorsque l'on est emprisonné dans une habitude et quand cela devient la seule possibilité qui nous reste. Les fonctions corporelles sont la manière de nous rapporter à des objets en exprimant un mouvement de l'existence[412]. L'acte de manger comporte une généralité acquise très tôt et susceptible de changer pendant la vie ; il est à la fois un habitus et une fonction corporelle. Cependant, ces deux dimensions peuvent aussi s'altérer. Une non reconnaissance par exemple d'une fonction corporelle ne permet pas la

[405] Cf. E. de Saint-Aubert, *Être et Chair I. Du corps au désir: habilitation ontologique de la chair*. Paris : Vrin, 2013, p. 100.
[406] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 828.
[407] Cf. *Ibid.*, p. 830.
[408] Voir A. Berthoz, B. Andrieu, *Le Corps en Acte*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010.
[409] M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, *op. cit.*, p. 820.
[410] E. de Saint Aubert, E., *op. cit.*, 2004a, p. 109; E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 17.
[411] *Ibidem.*
[412] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 820.

création d'un habitus car il n'y a pas de mouvement, comme nous pouvons l'observer par exemple chez les patients anorexiques. En outre, ces fonctions corporelles ont un rôle dans la signification intentionnelle vers le monde et, dans ce cas, vers le manger, en rendant possible la constitution d'un habitus. L'habitus permet le flux de ces fonctions corporelles et rend effectif un mode d'être, un style existentiel. On pourrait dire qu'il y a un mouvement dialectique qui, dans le cas des troubles alimentaires et aussi de l'obésité, est souvent altéré ou encore déséquilibré.

Comparer le corps avec une œuvre d'art est la manière employée par Merleau-Ponty pour dire que le corps est « un nœud de significations » et aussi pour s'éloigner de l'idée du corps en tant qu'objet physique :

> Un roman, un poème, un tableau, un morceau de musique sont des individus, c'est-à-dire des êtres où l'on ne peut distinguer l'expression de l'exprimé, dont le sens n'est accessible que par un contact direct et qui rayonnent leur signification sans quitter leur place temporelle et spatiale. C'est en ce sens que notre corps est comparable à l'œuvre d'art. Il est un nœud de significations vivantes et non pas la loi d'un certain nombre de termes covariants[413].

Il montre là l'importance d'avoir un contact direct qui puisse s'approcher au maximum du « sens plein »[414]. L'habitude permet la compréhension de la synthèse générale du corps propre et elle est « à la fois motrice et perceptive parce qu'elle réside, comme nous l'avons dit, entre la perception explicite et le mouvement effectif, dans cette fonction fondamentale qui délimite à la fois notre champ de vision et notre champ d'action »[415]. Le corps est un système de puissances motrices ou perceptives signifiées à travers sa fonction générale. Il est « un ensemble de significations vécues qui va vers son équilibre »[416], mais qui, cependant, peut être atteint par la maladie. Bien que l'équilibre soit la tendance, ce sont la puissance des significations et le nœud de celles-ci qui sont à la fois ses vertus et ses risques.

Il faut considérer l'« évolution » de la pensée de Merleau-Ponty aussi par rapport à l'habitude. Merleau-Ponty, dès la *Phénoménologie de la perception,* considère l'union de l'âme et du corps en tant qu'existence rattachée à l'habitude. Après cela, dans les œuvres suivantes, apparaît une certaine transformation d'une philosophie de l'existence en philosophie de la *chair*

[413] Cf. *Ibid.*, p. 836.
[414] Cf. *Ibid.*, p. 835.
[415] Cf. *Ibid.*, p. 836.
[416] Cf. *Ibid.*, p. 838.

et de l'*expression* (1945-1955)[417]. Dans sa dernière période (1955-1961), les passages sur l'habitude sont plus rares et montrent la mutation philosophique vers une *généralisation ontologique de la chair*. Quoique l'habitude ne soit plus beaucoup citée, elle est essentielle pour forger d'autres notions utilisées dans cette période comme les notions de style ou de manière de l'être jusqu'à la généralité du corps, fondamental pour la notion de chair[418].

L'habitude signifie l'ouverture de la corporéité qui tend vers la généralité. Il s'agit d'un savoir-faire essentiel à la construction et à la sédimentation du schéma corporel: « L'acquisition de l'habitude comme remaniement et renouvellement du schéma corporel »[419]. Il est une communion d'un acte et d'un savoir qui nous montre un style[420] personnel, mais aussi construit dans le monde. L'acte de manger va au-delà d'un acte car il porte aussi un style personnel édifié par un savoir imposé et exposé par le sujet et par le monde. Dans la mesure où nous sommes notre corps, nous (re)vivons quotidiennement nos habitudes pleines de sens et de (im)possibilités, toujours entre changement et permanence.

3.3.3. Quel est le rôle du corps ? L'incarnation et l'existence au *Lebenswelt*

Après avoir essayé de dire ce qu'est le corps, il faut comprendre quel rôle il occupe. Notre corps est à chaque moment une modalité de l'existence[421] avec différentes voies d'expression. Il a le rôle d'exprimer mais il est aussi l'exprimé en nous mettant en situation, c'est-à-dire qu'il a le rôle de transformer en acte tout ce qu'il était en idée. Il est un événement de l'existence[422]. Un passage d'un texte de Merleau-Ponty illustre cela :

> L'aphonie ne représente pas seulement un refus de parler, l'anorexie un refus de vivre, elles sont ce refus d'autrui ou ce refus de l'avenir arrachés à la nature transitive des « phénomènes intérieurs », généralisés, consommés, devenus situation de fait.
> Le rôle du corps est d'assurer cette métamorphose. Il transforme les idées en choses, ma mimique du sommeil en sommeil effectif. Si le corps peut symboliser l'existence, c'est qu'il la réalise et qu'il en est l'actualité[423].

[417] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 101.
[418] *Ibid.*, p. 102.
[419] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 825.
[420] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 103.
[421] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 847.
[422] T. Nóbrega, « Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty », *Estudos de Psicologia*, 2008, vol. 13, n° 2, p. 142.
[423] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 850.

On existe en tant que corporéité, on se réalise avec et à travers le corps. Dormir, manger, marcher, être malade ou pas, ne sont pas qu'objectivités ou actions. Il s'agit d'un « pas existentiel »[424] donné par le corps. Cette puissance du corps de déployer l'existence nous mène aux conditions de possibilité du vécu corporel.

Le rapport au monde est de connivence dans une incarnation dont la signification est plutôt pratique que théorique. Le corps projette un monde dans lequel il n'y a pas de pure passivité car il y a toujours un sens et l'expérience demeure toujours expérience d'un monde : « l'existence corporelle fonde la coappartenance du contenu sensible et du sens »[425]. Le sentir est la propre communication vitale avec le monde[426], un tissu relationnel qui devient familier avec l'appropriation de sens.

Merleau-Ponty cherche une voie moyenne, entre l'empirisme et l'intellectualisme, dans laquelle le corps aurait le rôle de fondation de la subjectivité[427], dit-il : « mon existence comme subjectivité ne fait qu'un avec mon existence comme corps et avec l'existence du monde et que finalement le sujet que je suis, concrètement pris, est inséparable de ce corps-ci et de ce monde ci » [428]. Il s'agit de la condition humaine d'être dans le monde et l'affirmation de la compréhensibilité de chaque existence pour soi-même et de la compréhensibilité des autres existences. Pour Dastur, il est un penseur de l'existence dans la mesure où il pense « l'*engagement* de la conscience dans le monde et rend à celle-ci l'épaisseur et l'opacité d'une existence et d'une corporéité » [429].

Le corps saisit les sens et il s'agit là d'une expression créatrice c'est-à-dire que l'expérience du corps a le rôle de champ créateur de sens. À la notion d'existence est liée celle de liberté, laquelle apparaît comme un élément central dans la phénoménologie de Merleau-Ponty. La liberté[430] est engagement, aspect toujours pensé en situation et en relation c'est-à-dire ancrée dans la relation avec l'existence concrète dans la vie quotidienne et dans l'incessante

[424] Cf. *Ibid.*, p. 850. À ce moment-là, Merleau-Ponty utilise cette expression à partir de Ludwig Binswanger dans le texte *De la psychothérapie* (1935), publié dans le livre *Introduction à l'analyse existentielle* (1971) par Les Éditions du Minuit.
[425] Cf. R. Barbaras, « De la phénoménologie du corps à l'ontologie de la chair », in *Le corps*, org. par J.-C. Goddard. Paris : Vrin, 2005, p. 227.
[426] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 729.
[427] F. Dastur, *op. cit.*, 2001, p. 31.
[428] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1111-1112.
[429] Cf. F. Dastur, *op. cit.*, 2001, p. 32.
[430] Voir M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*: « Notre liberté ne détruit pas notre situation, mais s'engrène sur elle: notre situation, tant que nous vivons, est ouverte, ce qui implique à la fois qu'elle appelle des modes de résolution privilégiés et qu'elle est par elle-même impuissante à en procurer aucun » (p. 1148).

relation entre l'homme et le monde[431]. Dans ce sens-là, et avec la condition d'être corps dans le monde, une rupture complète avec ce monde est impossible. Être tout à fait malade n'est pas une condition possible puisque nous sommes toujours engagés et appuyés dans une situation[432]. En revanche, comme le dit Merleau-Ponty :

> Même normal, et même engagé dans des situations interhumaines, le sujet, en tant qu'il a un corps, garde à chaque instant le pouvoir de s'y dérober. À l'instant même où je vis dans le monde, où je suis à mes projets, à mes occupations, à mes amis, à mes souvenirs, je peux fermer les yeux, m'étendre, écouter mon sang qui bat à mes oreilles, le fondre dans un plaisir ou une douleur, me renfermer dans cette vie anonyme qui sous-tend ma vie personnelle. Mais justement parce qu'il peut se fermer au monde, mon corps est aussi ce qui m'ouvre et m'y met en situation[433].

Il s'agit ici du rôle ambigu du corps puisque c'est lui qui nous met en situation, ouvrant plusieurs possibilités mais c'est lui aussi qui peut chaque fois agir dans la direction opposée, celle de de la fermeture aux possibilités. Il exprime notre « existence totale »[434] en se réalisant en lui-même. L'ambigüité du corps traduit l'être dans le monde qui est à la fois liberté et servitude. Le corps nous permet de nous centrer sur notre existence mais il empêche aussi que nous soyons complètement centrés sur lui-même. L'existence est une « incarnation perpétuelle »[435], indéterminée en soi-même, dans sa condition de transcendance, car il y a toujours une possibilité de transformation et/ ou de production de sens. Merleau-Ponty souligne le caractère historique et non naturel de la condition de l'homme en s'appuyant sur l'observation que « tout ce que nous sommes, nous le sommes sur la base d'une situation de fait que nous faisons nôtre et que nous transformons sans cesse par une sorte d'*échappement* qui n'est jamais une liberté inconditionnée »[436] . Il y a un monde déjà là qui nous touche et rend possible nos expériences. Il s'agit du monde de la vie ou monde vécu, traduction la plus utilisée de la notion husserliennne de *Lebenswelt*, notion reprise et développée par Merleau-Ponty et aussi par d'autres phénoménologues.

La notion de *Lebenswelt*, développée par Husserl surtout dans ses derniers écrits et en particulier dans le *Krisis*, peut être compris comme le monde vécu préréflexif constituant le sol, la base de notre existence, désignant le monde tel qu'il se donne, faisant opposition au monde

[431] V. Moreira, T. Telles, « La notion de liberté dans la pensée de Merleau-Ponty », in *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, p. 210.
[432] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1148.
[433] *Ibid.*, p. 851.
[434] Cf. *Ibid.*, 852.
[435] Cf. *Ibidem*.
[436] Cf. *Ibid.*, p. 857.

exact, rigide, construit par les sciences modernes de la nature[437]. Dans la mesure où le concept de « monde » est de plus en plus présent, Husserl oriente sa pensée vers le monde vécu (*Lebenswelt)* en tant que « terrain commun du vivre humain »[438]. En 1917, il utilise cette expression d'abord dans ses manuscrits mais, à ce moment-là, pas dans un sens phénoménologique [439]. Avant le *Krisis*, il avait réfléchi sur le concept de monde mais l'idée de monde vécu n'est vraiment systématisée que dans son livre paru en 1936.

D'après Husserl, ce monde vécu désigne « le monde dans lequel nous vivons intuitivement, avec ses réalités, mais telles qu'elles se donnent d'entrée de jeu dans l'expérience simple, et également dans les modes selon lesquels ces réalités entrent souvent avec un certain flottement quant à leur valeur (flottent par exemple entre l'être et l'apparence, etc.) »[440]. Il s'agit d'un monde qui est déjà là, avant d'être pensé, en s'opposant au monde de la science qui vient après. Le *monde vécu* husserlien essaie d'atteindre le préréflexif, c'est à dire quand la scission n'est pas encore établie entre l'extérieur et l'intérieur, l'individuel et le social, le conscient et l'inconscient, parmi d'autres notions. Le monde ne nous est pas donné de façon isolée, à nous individu, il est donné pour toute l'humanité et cela permet l'instauration du « commun », ce qui revient à dire qu'il n'y a pas un *monde de la vie* pour chaque sujet mais une dimension commune correspondant au partage de ce monde entre tous, d'où l'expression de Husserl, « Tout pluriel, et tout singulier tiré de ce pluriel, présuppose l'horizon du monde »[441]. On peut dire qu'il y a là vraiment une extension de sa pensée jusqu'à l'analyse du monde de la vie avec un lien étroit et un enracinement dans l'expérience humaine.

Avec la proposition husserlienne, le *Lebenswelt* devient une thématique centrale dans la phénoménologie et son approche commence à prendre une direction existentielle. Cette direction de la phénoménologie du dernier Husserl a été suivie, avec des apports propres, par Heidegger et Merleau-Ponty. Malgré cela, des différences demeurent et Husserl reste attaché à une phénoménologie de la conscience et à une subjectivité transcendantale. Il affirme, par exemple, que « Vivre, c'est continuellement vivre-dans-la-certitude-du-monde. Monde éveillé, c'est être éveillé pour le monde, être constamment et actuellement 'conscient' du monde et de soi-même en tant que vivant *dans* le monde »[442]. Et encore « Chacun est un quelque-chose,

[437] J. Farges, « Monde de la vie et philosophie de la vie. Husserl entre Eucken et Dilthey », *Études Germaniques*, 2006, vol. 2, n° 242, p. 192.
[438] Cf. E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, 1954, trad. G. Granel. Paris : Éd. Gallimard, 2008, p. 176.
[439] T. Zelic, « On the Phenomenology of the Life-World », *Synthesis Philosophica*, 2008, 46, n° 2, p. 413.
[440] Cf. E. Husserl, *op. cit.*, p. 177.
[441] *Ibid.*, p. 163.
[442] Cf. *Ibid.*, p. 162.

quelque-chose du monde, de ce monde dont nous avons toujours conscience comme horizon »[443]. Husserl a donné un point de départ, et sa pensée a été suivi par la suite par d'autres philosophes, soit en continuité avec elle, soit souvent en suivant leur propre chemin. L'importance de l'introduction de cette notion par Husserl ne doit pas être minimisée du fait des conséquences en résultant. Évidemment, elle ne peut pas être tout à fait isolée du contexte de l'époque mais il faut reconnaître qu'elle se situe à la base d'une méthode et d'une conception épistémologique nouvelles. Husserl nous apprend à toujours mettre en question le sujet et le monde - mouvement de base de toute phénoménologie, d'ailleurs lorsqu'elle est utilisée en tant qu'inspiration en psychopathologie[444]. Husserl conseille de « continuer à interroger sur le terrain du monde donné d'avance, que ce soient des questions ontologiques, des questions sur la valeur, des questions pratiques, des questions sur l'être et le non-être, sur l'être-valable, l'être-utile, l'être-beau, l'être-bon, etc. »[445].

Pour que le corps ait un rôle il faut un monde, c'est-à-dire qu'un corps ne peut exister que dans le monde. L'abord du corps par Merleau-Ponty implique de considérer la facticité de l'existence. En s'inspirant des travaux de Husserl, il fait une relecture de la phénoménologie de celui-ci**.** À partir de la *Phénoménologie de la perception*, le *Lebenswelt* devient une notion incontournable. Le monde est pour lui « le milieu naturel et le champ de toutes mes pensées de toutes mes perceptions explicites »[446], « le réservoir inépuisable d'où les choses sont tirées »[447] . C'est ce monde, en tant que fondation de l'être, que la phénoménologie essaye de révéler et de nous (re)apprendre à voir.

Le *Lebenswelt* fournit les fondements pour la philosophie ambiguë de Merleau-Ponty. Le sujet et le monde ne seraient plus vus de façon dichotomique car il n'y a pas une nette séparation entre eux ; ils sont entrelacés et toutes les possibilités de connaissance sont attachées à cette coappartenance : « je ne me connais que dans mon inhérence au temps et au monde, c'est-à-dire dans l'ambigüité »[448] , affirme-t-il. Cette compréhension implique que la phénoménologie merleau-pontienne va chercher à comprendre le sens du *Lebenswelt* dans l'intersection sujet et monde : le sens émerge dans cette intersection. Cette conception repose

[443] Cf. *Ibidem*.
[444] Voir A. Tatossian, V. Moreira, J. Chamond *et al*. *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques.* Paris : MJW Fédition, 2016; V. Moreira, L. Bloc, « O *Lebenswelt* como fundamento da Psicopatologia Fenomenológica de Arthur Tatossian », *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, vol. 4, n° 1, 2015, p. 1-14.
[445] Cf. E. Husserl, *op. cit.,* p. 173.
[446] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 661.
[447] Cf. *Ibid.,* p. 1044.
[448] Cf. *Ibid.*, p. 1045.

sur la condition d'inséparabilité entre le sujet – qui est corporel, – et le monde : « mon corps est mouvement vers le monde, le monde, point d'appui de mon corps »[449]. Nous sommes au monde, nous visons le monde par notre corps. Mais plus que cela, « être au monde, c'est laisser une proximité, sans confusion, ni séparation, entre le corps et le monde »[450]. Il y a là un mélange qui nous indique à la fois l'impossibilité de rompre avec le monde et sa transcendance en tant qu'ouverture de possibilités.

Le corps propre est le centre de toutes les actions et est la condition de possibilité de « toutes les opérations expressives et de toutes les acquisitions qui constituent le monde culturel »[451]. Il implique une expérience de liberté[452] situationnelle et se tient en dehors de toute causalité , évitant toujours de devenir un simple objet. Tout notre corps est expérience de liberté ; il s'agit d'un rôle du corps qui est adjoint à la subjectivité toujours comprise comme inhérente au monde[453]. De façon ambiguë, Merleau-Ponty met l'accent à la fois sur la constitution mondaine du corps – un corps traversé par le monde et ses horizons de sens – et sur son caractère intentionnel c'est-à-dire en tant que sensibilité et transcendance.

Le sujet est au monde en tant que corps et le sens propre du corps est l'appartenance au monde[454]. Il a un rôle d'incarnation dans le *Lebenswelt* qui implique une coexistence de mon corps et du monde. Le monde donné par le corps nous affecte mais nous pouvons aussi l'affecter. D'après Barbaras, « Ce n'est pas parce que j'ai un corps que je suis enraciné, c'est plutôt parce que je suis enraciné que j'ai un corps : cet enracinement primordial, plus profond que toute extension, décrit le sens d'être du corps »[455]. Il n'y a ni corps sans monde ni monde sans histoire, « c'est-à-dire sans habitation ni transformation par les corps des hommes. Le monde donné par le corps n'est pas seulement monde perçu, il n'est pas uniquement monde de nourritures, il est encore, en même temps, monde commun »[456]. Il y a un double mouvement : un monde qui nous donne un corps – et à travers lui nous prenons conscience de notre corps – et notre corps qui donne le monde ; cela est inséparable et traduit la spécificité d'enracinement originaire de la chair[457] chez Merleau-Ponty. Essayer de préciser le rôle du corps, chez Merleau-

[449] Cf. *Ibid.*, p. 1050.
[450] Cf. A. Zielinski, A. *op. cit.*, 2002, p. 46.
[451] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1090.
[452] D'après Zielinski (2002, *op. cit.*, p. 53*)*, le corps propre est intentionnel, et cette intentionnalité est identifiée comme liberté ; ce serait l'une des originalités de la dimension existentielle chez Merleau-Ponty.
[453] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1108.
[454] R. Barbaras, « Le corps », *op. cit.*, 2010, p. 244.
[455] Cf. *Ibid.*, p. 244-245.
[456] Cf. A. Zielinski, *op. cit.*, 2002, p. 131.
[457] Sur la notion de chair, voir le chapitre 4 dans cette partie.

Ponty, est une tâche tout à fait indissociable de l'étude de l'ancrage dans le monde. Le *corps que je suis* implique le monde où je vis. Cette affirmation ne signifie pas une négation de la subjectivité mais la réaffirmation d'une subjectivité corporelle constituante et constituée par le monde. La différence est qu'il s'agit d'une subjectivité en tant qu'« unité ouverte et indéfinie »[458]. Les sens se présentent dans le monde par le corps mais ce monde peut aussi être transformé. L'ambiguïté se définit nettement par l'impossibilité d'établir une démarcation entre où se termine le monde et où commence le sujet car ils ont la même texture. Merleau-Ponty précise comment il faut comprendre cette (co)relation monde-sujet :

> L'universalité et le monde se trouvent au cœur de l'individualité et du sujet. On ne le comprendra jamais tant qu'on fera du monde un objet. On le comprend aussitôt si le monde est le *champ* de notre expérience, et si nous ne sommes rien qu'une vue du monde, car alors la plus secrète vibration de notre être psychophysique annonce déjà le monde, la qualité est l'esquisse d'une chose et la chose l'esquisse du monde[459]

Avec la notion de *Lebenswelt* le monde est posé comme champ phénoménal de notre expérience et voie exigée pour comprendre toutes nos expériences. Considérer les troubles alimentaires et l'obésité, objet de cette thèse, sous l'angle du *Lebenswelt* nous paraît une démarche à la fois pertinente et indispensable : ce corps incarné est la voie d'expression à partir du sensible. Ces expériences sont une production du monde, de la culture et du sujet à partir de son propre vécu, de sa propre histoire. Le défi consiste à pouvoir incorporer cette ambiguïté dans le discours clinique en psychopathologie[460] sans tomber dans les dichotomies classiques si souvent combattues par Merleau-Ponty. Il faut aussi tenir compte de l'évolution de la pensée de cet auteur sur le *Lebenswelt* de plus en plus présent dans les derniers écrits où le tournant ontologique est évident avec l'insistance sur la notion de chair, même si l'on trouvait déjà de telles intentions ontologiques dans la *Phénoménologie de la perception*[461]. L'habilitation ontologique de la chair[462] rend la notion de *Lebenswelt* encore plus indispensable et ambiguë chez Merleau-Ponty dans la mesure où le tissu charnel entre le corps et le monde de la vie instaure une liaison indissoluble entre eux mais sans démarcation nette. Aussi bien que dans les peintures de Cézanne, souvent évoquée par Merleau-Ponty, où il n'y a pas une démarcation

[458] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1110.
[459] Cf. *Ibid.*, p. 1109.
[460] Voir A. Tatossian, V. Moreira, J. Chamond *et al*. *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques.* Paris : MJW Fédition, 2016.
[461] Voir E. De Saint Aubert, *Vers une ontologie indirecte. Sources et enjeux critiques de l'appel à l'ontologie chez Merleau-Ponty.* Paris : Vrin, 2006.
[462] Voir E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013.

nette, on observe dans la phénoménologie de ce dernier le refus d'une frontière rigide entre sujet et monde.

Nous naissons à la fois du monde et au monde dit Merleau-Ponty et bien que ce monde soit alors déjà constitué, sa composition n'est pas définitive. En naissant du monde, nous sommes toujours sollicités à « nous faire existence » dans les moules de ce monde, mais par ailleurs naître au monde nous ouvre à des possibilités infinies[463]. Cette double influence explique la gamme des possibilités vécues par le sujet à travers son corps. Il n'existe un monde que « *pour un corps* – pour un sujet qui se trouve incarné par l'expérience de la sensation et de la perception, du besoin et de ma jouissance »[464]. Ce corps permet la complicité du sujet avec le monde dans un relation réciproque. L'autrui nous hante et exige de nous une réponse. Cet engagement est corporel dans sa dimension passive et active aussi car « le monde est autant impliqué dans le sujet, que le sujet dans le monde »[465]. Le corps se trouve au milieu, entre la sphère subjective et le monde[466] : cela veut dire qu'il est à la frontière puisque à la fois sujet et monde.

La réponse à la question « quel est le rôle du corps ? » n'est pas simple. Nous présenterons malgré tout quelques ébauches de réponse. Le corps a un rôle expressif, de fondation de la subjectivité, de liberté, de création de sens et de dévoilement de l'énigme du monde mais sa nature propre est énigmatique. Il n'est ni où il est d'une façon objective ni ce qu'il est ou même se montre [467]. Il révèle des sens immanents et se maintient toujours dans le mouvement de l'existence avec son ancrage dans le monde vécu. Il y a une appartenance, une dimension concrète, mais aussi une expérience remarquable laquelle ne peut être vécue que en lui et par lui. Cette expérience sera le thème de la discussion que nous allons aborder.

3.3.4. Être et avoir un corps : l'ambigüité et l'équilibre nécessaires

Dans le texte *Être et Avoir* (1936), publié en 1997 dans le livre *Parcours*[468] (1935-1951), Merleau-Ponty présente et discute l'œuvre de Gabriel Marcel dont le titre est le même. Au début de sa formation philosophique Merleau-Ponty a été marqué par l'influence de Gabriel Marcel

[463] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 517.
[464] Cf. A. Zielinski, *op. cit.*, 2002, p. 297.
[465] Cf. *Ibid*., p. 300.
[466] D. Butnaru, « Body schema(tism) and the logos of life: a phenomenological reconsideration », *Investigaciones Fenomenológicas,* 2013, vol. Monográfico 4/I: Razón y Vida, 55-77, p. 65.
[467] F. Dastur, *op. cit.*, 2001, p. 46.
[468] Publication posthume, trente ans après la mort de Merleau-Ponty, et qui réunit quatre éditions de textes inédits de l'auteur.

alors qu'il ne connaissait pas encore les œuvres de Husserl et de Heidegger[469]. Presque dix ans avant sa thèse soutenue en 1945, Merleau-Ponty écrit déjà sur un corps qui ne se montre à nous-mêmes ni en tant qu'objet ni en tant qu'un ensemble de qualités et caractéristiques. Il s'agit d'un corps avec lequel nous faisons cause commune - « je suis mon corps ». Il ajoute « De lui à moi on ne peut pas dire proprement qu'il y ait une relation puisque ce terme désigne le comportement d'un objet à l'égard d'un autre objet. Il s'agit plutôt d'une présence, d'une adhérence, d'une intimité »[470]. Ces trois derniers mots montrent l'intrication du corps comme condition de l'expérience et les origines de la formule constamment utilisée par Merleu-Ponty - je suis mon corps, formule qui a été proposée par Gabriel Marcel[471] avec certaine ambiguïté fondamentale et qui a un rôle fondateur pour la future philosophie de la chair de Merleau-Ponty. D'après Saint Aubert,

> Ces analyses du *je suis mon corps,* comme principe ontologique situé dans l'ambiguïté d'une doublure de sentant et de senti, viennent renverser à ses yeux la conception du corps de la psychologie classique, ainsi que l'intellectualisme du regard (*intuitus)* cartésien[472].

Au-delà d'une chose qu'on a, cette perspective est située entre ce que j'ai et ce que je suis « Car si mon corps est plus qu'un objet que je posséderais, on ne peut dire davantage qu'il soit moi-même : il est à la frontière de ce que je suis et de ce que j'ai »[473]. Il est à la limite de l'être et de l'avoir. Merleau-Ponty y voit un mouvement entre « l'être » et « l'avoir » un corps qui définit la condition humaine. En tant qu'il est *mon corps*, il n'est pas comme celui des autres. Il est un être ambigu, une chose qui à la fois est nôtre et que aussi nous sommes[474] .

Merleau-Ponty a eu très vite une position critique vis à vis de la tradition cartésienne[475] qui l'a conduit à sa conception de la perception du corps propre et des conditions pour le percevoir. Pour lui, la perception du corps propre est primitive et constitue le fondement de la manière d'être. Il s'agit d'une « adhésion à soi de ce qui est attaché à toute chose, le nœud intérieur de tous les liens extérieurs, et la donnée à partir de laquelle tout fait, plus encore que

---

[469] E. de Saint Aubert, *Le Scénario Cartésien. Recherches sur la formation et la cohérence de l'intention philosophique de Merleau-Ponty*. Paris : Vrin, 2005, p. 77.
[470] Cf. M. Merleau-Ponty, « Être et Avoir », 1936, in *Parcours* (1935-1951). Paris: Éd. Verdier, 1997. p. 37.
[471] Cette formule, beaucoup employée par Merleau-Ponty, a comme source originaire les notes du 23 octobre 1920 et puis du 6, 8 et 9 novembre 1920 du *Journal de métaphysique* et le texte *Existence et objectivité*, publiés par Gabriel Marcel avant le livre *Être et Avoir* (Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2005, p. 84).
[472] Cf. *Ibid.*, p. 85.
[473] Cf. M. Merleau-Ponty, « Être et Avoir », *op. cit*., p. 39.
[474] R. Barbaras, « De la phénoménologie du corps à l'ontologie de la chair », in *Le corps*, org. par J.-C. Goddard. Paris : Vrin, 2005, p. 207.
[475] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2005, p. 86.

toute certitude, est possible »[476]. Cette problématique apparaît dans ses écrits dès 1936 et on la retrouve plus nettement formulée dans la *Phénoménologie de la perception* qui propose déjà une phénoménologie du corps propre[477]. Cette orientation est présente de façon significative dans plusieurs de ses ouvrages ultérieurs et amène à la distinction entre le *corps objet* - (*corps que j'ai* ; *corps pour autrui*) - et le *corps sujet* - (*corps phénoménal* ; *corps vécu* ; *corps que je suis* ; *corps pour soi*) -, tous ces aspects du corps composant le corps propre en mêlant subjectif et objectif. Ces expressions ci-dessus se rapprochent quant à leur sens et font partie du vécu corporel avec toutes ses ambiguïtés et (des)équilibre.

Le corps propre a son « mode d'exister particulier »[478] au-delà d'une objectivation. Il est « adhésion active au monde »[479]. Ainsi « mon corps est caractérisé par le fait qu'il est toujours de mon côté, avec moi plutôt que devant moi »[480]. Le corps propre est mon corps et il l'est dans le sens de mon intimité avec le corps que je vis, que je sens et que j'éprouve en tant que mien ; il a un pouvoir d'expression, de « phénoménalisation » lié au sens de l'être. Comme partie du monde, on ne peut pas le considérer comme une pure conscience mais on ne peut pas le considérer non plus comme un pur objet car il a aussi un rôle dans la production de sens. Merleau-Ponty propose une phénoménologie du corps propre en mettant l'accent sur la réalité ambigüe du corps qui est à la fois sentant et senti, objet et sujet, touchant et touché. Même le terme corps en français est ambigu puisqu'il est à la fois un corps comme les autres (*Körper*) mais aussi un corps vécu (*Leib*) qui se distingue des autres du fait qu'il met en évidence l'expérience vécue dans son habitation toujours corporelle.

Dire que « je suis mon corps » n'entraîne pas une confusion entre le corps et le « je ». Cela signifie que le « 'je' est son corps, que l'être de la subjectivité est celui du corps, non comme objet mais comme transcendance vers un monde »[481]. Bien qu'il soit posé comme objet du monde, mon corps ne perd jamais tout à fait sa condition de référence, d'inscription dans l'être-au-monde[482]. Ainsi, le *corps sujet* ramène à l'expérience même de corps, au vécu avec son caractère sensible et particulier, indissociable d'un sujet qui se reconnaît dans le corps qu'il habite. Il est vécu à la première personne par le sujet en tant qu'espace-temporel incarné dans le monde, conduit par l'intentionnalité et par la subjectivité. Quand on parle d'un *corps objet*,

[476] Cf. *Ibid.*, p. 87.
[477] R. Barbaras, *Introduction à une phénoménologie de la vie*. Paris : Vrin, 2008, p. 67.
[478] Cf. R. Barbaras, *op. cit.*, 2008, p. 69.
[479] Cf. *Ibidem*.
[480] Cf. *Ibidem*.
[481] Cf. Barbaras, R., *op. cit.*, 2005, p. 229.
[482] *Ibidem*.

il s'agit du « mode d'être d'une chose »[483] qui peut être décomposée, étudiée par les sciences et observée par les autres et par nous-mêmes. Dire que nous avons un corps n'est pas mépriser la condition de sujet. Même si une différence peut être établie entre sujet et objet le corps propre est forcément à la fois sujet et objet.

Ce point de vue peut nous renvoyer à la question du « manger ». Lorsque nous mangeons, un acte apparaît, celui d'un sujet qui est en train de manger. Nous mangeons, donc nous sommes[484], pourrions-nous dire. Cependant, au fur et à mesure que nous mangeons, les aliments deviennent, d'une certaine façon, une partie de nous-même : ils deviennent corps. Ils sont incorporés, et éliminés par la suite, dans un processus quotidien et constant. L'expérience de manger est vécue par le corps comme sujet mais cet acte implique que le corps soit considéré comme quelque chose que nous avons. Si par exemple une personne obèse, ayant des habitudes alimentaires déréglées, prend du poids, cette prise de poids nous renvoie à la fois à son corps assimilé à un objet, donc mesurable et visible face au miroir mais aussi au *corps sujet* avec lequel elle éprouve toutes ses sensations. Dans la mesure où nous mangeons, nous « sommes » et nous « avons » ce que nous mangeons et aussi ce que nous laissons ou refusons de manger. En cas d'obésité, être obèse et avoir une obésité sont ainsi deux dimensions apparemment égales mais qui peuvent correspondre à une disproportion entre l'expérience vécue et l'image que le sujet a de son corps. On pourrait dire par exemple qu'une personne a un certain poids mais qu'elle est aussi, d'une certaine façon, ce poids puisqu'il est impossible d'échapper à notre condition corporelle. Malgré les essais d'une objectivation, ce poids est souvent « plus lourd » à porter que nous le montre l'évaluation par la pesée ; tout est lié dans ce *corps que nous sommes* et ce *corps que nous avon*s.

Merleau-Ponty constate que « la distinction du sujet et de l'objet est brouillé dans mon corps »[485]. Il y a une inversion et un mélange constant des rôles du sujet et de l'objet dans ce corps[486]. Malgré la relation entre *corps sujet* et *corps objet* et l'unicité qui peut les caractériser par la voie du corps propre, il est difficile d'établir une nuance entre eux et celle-ci reste imprécise du fait de l'expérience de la réversibilité, mise en évidence par le toucher (voir par exemple « les mains qui se touchent »), qui empêche la considération de ce corps comme tout à fait sujet ou comme tout à fait objet. Selon Barbaras :

[483] P. Dupond, *Dictionnaire Merleau*-Ponty. Ellipses, Paris, 2007, p. 38.
[484] Voir Apfeldorfer, G. *Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire.* Paris, Éditions Payot et Rivages, 2002.
[485] Cf. M. Merleau-Ponty, *Signes*. Paris : Galimard, 1960, p. 166.
[486] R. Barbaras, *op. cit.*, 2005, p. 207.

> le corps n'est jamais vraiment sujet puisqu'il peut à tout moment être senti en tout point de lui-même, y compris là où il est par ailleurs capable de sentir, mais qu'il n'est non plus jamais vraiment objet dans la mesure où il n'y a pas de partie touchée qui ne puisse devenir touchante. On a bien affaire à un véritable brouillage du clivage entre objectivité et subjectivité puisque l'objectivité du corps, loin d'être la négation de la sensibilité semble plutôt en être la condition. Il ne faut donc pas dire que le corps est un objet qui serait par ailleurs capable de sentir, ou bien que la subjectivité s'est adjointe un corps, comme si la distinction pouvait être maintenue au moins en droit. Au contraire, c'est en tant que sentir que le sentir est incarné et en tant que corps que le corps propre est capable de sensibilité : par essence, chaque dimension se nourrit de l'autre[487].

S'il est impossible de séparer intégralement le *corps que nous avons* et *le corps que nous* sommes, le *corps sujet* et le *corps objet*, quelle est l'importance de discuter de cela ? Merleau-Ponty se pose cette question devant cette problématique que lui-même a soulevée :

> la question est de savoir pourquoi il y a deux vues sur moi et sur mon corps : mon corps pour moi et mon corps pour autrui et comment ces deux systèmes sont compossibles. Il ne suffit pas, en effet, de dire que le corps objectif appartient au « pour autrui » , mon corps phénoménal au « pour moi » et l'on ne peut refuser de poser le problème de leurs rapports, puisque le « pour moi » et le « pour autrui » coexistent dans un même monde, comme l'atteste la perception d'un autrui qui me ramène aussitôt à la condition d'objet pour lui[488].

Merleau-Ponty voulant montrer les fondements d'une phénoménologie du corps[489] propre les met en évidence en étudiant les « sensations doubles », comme dans le classique exemple des mains qui se touchent[490]:

> quand je touche ma main droite avec ma main gauche, l'objet main droite a cette singulière propriété de sentir, lui aussi. Nous avons vu tout à l'heure que jamais les deux mains ne sont en même temps l'une à l'égard de l'autre touchées et touchantes. Quand je presse mes deux mains l'une contre l'autre, il ne s'agit donc pas de deux sensations que j'éprouverais ensemble, comme on perçoit deux objets juxtaposés, mais d'une organisation ambiguë où les deux mains peuvent alterner dans la fonction de « touchante » et de « touchée »[491]

Cette organisation ambiguë permet une alternance de fonctions apparemment opposées. Le recouvrement entre main touchant et main touchée n'est pas possible. Seulement le corps propre

[487] Cf. R. Barbaras, *op. cit.*, 2008, p. 69.
[488] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 786.
[489] Barbaras comprend que « une philosophie du corps ne peut sans doute s'accomplir que comme phénoménologie du corps propre » (*op. cit.*, 2005, p. 209).
[490] Merleau-Ponty utilise cet exemple, employé avant par Husserl, dans plusieurs œuvres en détachant des dimensions différentes.
[491] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 772.

permet une telle organisation et une telle ambiguïté en produisant une tension aboutissant à une alternance devenue possible de fonction et de production de sens. Merleau-Ponty, lorsqu'il aborde le « corps comme être sexué », souligne aussi l'ambiguïté de l'expérience du corps par rapport à la condition de voir et être vu et il écrit :

> en tant que j'ai un corps, je peux être réduit en objet sous le regard d'autrui et ne plus compter pour lui comme personne, ou bien, au contraire, je peux devenir son maître et le regarder à mon tour, mais cette maîtrise est une impasse, puisque, au moment où ma valeur est reconnue par le désir d'autrui, autrui n'est plus la personne par qui je souhaitais d'être reconnu, c'est un être fasciné, sans liberté, et qui à ce titre ne compte plus pour moi. Dire que j'ai un corps est donc une manière de dire que je peux être vu comme un objet et que je cherche à être vu comme sujet[492].

L'ambiguïté incarnée dans le vécu corporel peut nous paraître naturel surtout si nous considérons l'équilibre entre *ce que nous avons* et *ce que nous sommes*. Néanmoins, un déséquilibre peut exister et ouvrir un espace à des expériences psychopathologiques. Comme Merleau-Ponty le dit « Le problème du monde, et pour commencer celui du corps propre, consiste en ceci que *tout y demeure »* [493]*,* il n'y a rien qui ne soit pas produit dans le corps et à travers le corps. Pour connaître le corps humain, il faut le vivre : il n'y a pas d'autre manière pour parvenir à ce but, affirme Merleau-Ponty. Cela constitue, selon ses mots, un « drame » qui traverse notre expérience et produit parfois une confusion.

On peut utiliser cet aspect de la connaissance du corps pour mieux comprendre les manifestations vécues dans leur corps par les sujets concernés par les troubles alimentaires et l'obésité. Une telle approche a été faite par Arthur Tatossian en ce qui concerne la dépression[494]. Pour lui le corps est habituellement ignoré par le sujet mais il est « rappelé » dans diverses circonstances telles la faim, la soif ou la fatigue. Un premier point peut être discuté ici lié à l'alimentation : la faim est considérée comme une expérience permettant l'apparition du corps ou même comme une expérience qui ne permet plus que le corps soit ignoré par le sujet. Peu importe la place que nous attribuons au corps, quand nous avons faim, il se montre et doit ou « devrait » se montrer en requérant notre attention. Le « manger » est toujours une imminence quant à la condition de surveillance. On vit le corps à travers le « manger » et la faim met l'accent sur lui. Cependant cette relation, entre le corps et l'alimentation, souvent comprise comme naturelle, originaire et fondamentale, est plus complexe qu'il y paraît car pour

[492] Cf. *Ibid.*, p. 853.
[493] Cf. *Ibid*, 886.
[494] Voir A. Tatossian, « Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique », 1983, in *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, 2016.

l'homme cet acte a un sens qui va au-delà de la nourriture en elle-même qui est ancrée dans le corps propre. Il y a toujours un positionnement « personnel » par rapport « au manger » ce qui revient à dire que chacun d'entre nous a un style particulier issu de sa relation avec le monde, avec les autres et avec la nourriture proprement dite.

Pour en revenir à la discussion faite par Arthur Tatossian pour comprendre le corps vécu, il faut insister sur la distinction qu'il fait entre « le corps que je suis et qui ne fait qu'un avec moi et le corps que j'ai et qui m'étant disponible comme instrument et même comme chose n'est justement pas moi dans un certain sens »[495]. Le *corps que je suis* ou encore *corps sujet*, comme nous l'avons signalé ci-dessus, fait référence au vécu proprement dit, au corps dans son appropriation expérientielle. Le *corps que j'ai* ou *corps objet*, différent du soma, apparaît comme point de liaison avec le monde. L'intersubjectivité devient possible dans la mesure où nous pouvons nous voir comme *corps objet*, c'est-à-dire tel que l'autre nous voit. Il s'agit de deux pôles qui assurent un fonctionnement sain. Lorsqu'Arthur Tatossian discute le vécu dépressif, il souligne justement le déséquilibre de cette dynamique. Pour lui, il y a un effacement du *corps objet*, du *corps que j'ai* chez le déprimé qui ne s'identifie qu'au *corps sujet,* perdant ainsi l'intermédiation avec le monde. L'acte le plus simple devient extrêmement difficile car il perd la « communication vitale comme capacité de mise en relation avec le monde »[496]. Le propre corps du sujet dépressif n'est plus objectivable dans un monde qui lui paraît être hors de portée.

En nous inspirant de la proposition de Merleau-Ponty puis de celle de Tatossian, nous pouvons émettre quelques hypothèses en ce qui concerne les troubles alimentaires. La maladie peut être comprise comme une « forme d'existence »[497] dont le corps est la voie d'expression. Le malade « est son corps et son corps est la puissance d'un certain monde »[498]. Pour comprendre l'expérience hyperphagique de façon générale, nous pourrions suggérer qu'il faut admettre qu'il y a, pendant les épisodes hyperphagiques, une suppression momentanée du caractère propre du corps dans la mesure où le sujet perd le contrôle sur l'acte de manger, élément qui caractérise la dimension psychopathologique, et vit une intensité extrêmement importante de l'acte tout à fait marqué par l'envie de manger. L'acte de manger est l'événement observé, mais il ne survient pas de façon autonome, c'est-à-dire que cet acte apparaît comme la seule possibilité pour ce sujet au fur et à mesure qu'il *ne peut pas ne pas manger* ; il n'est plus,

[495] Cf. A. Tatossian, A. « Phénoménologie du corps », 1982, in *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, 2016, p. 93.
[496] Cf. A. Tatossian, *op. cit.,* 1983, p. 282.
[497] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 787.
[498] *Ibid.* 786.

d'une certaine façon, sujet de cet acte car il a perdu l'intermédiation de l'autre tel est son « centrage » sur l'acte de manger ou plus précisément sur l'envie de manger. L'objet visé est l'acte de manger poussé par l'envie de manger et le corps n'est qu'un instrument face à l'écart entre le *corps sujet* et le *corps objet*.

Le corps hyperphagique se trouve, pourrions-nous dire, « court-circuité » dans le déséquilibre entre *corps sujet* et *corps objet*. D'un côté, l'hyperphagique ne peut pas ressentir donc les sentiments corporels ne sont pas éprouvés du fait d'un éloignement du vécu corporel et de l'autre, il perd, momentanément, sa voie de liaison, de contact avec les autres et avec soi qui lui fournirait un possible contrôle par rapport au manger. L'acte de manger est l'action visée mais dans un « il faut » immédiat. La réapparition ensuite du *corps objet*, du *corps pour autrui* est la condition de possibilité de la culpabilité qui est souvent vécue par le sujet. Il n'y a culpabilité que parce qu'une vulnérabilité s'instaure à partir du regard de l'autre ou même simplement de l' imminence de ce regard et elle est en relation aussi avec la dimension anthropologique existante ; « les comportements alimentaires sont portés par des images du corps et les images du monde »[499]. On pourrait donc dire que dans l'expérience hyperphagique, il y a une alternance rapide entre être et avoir, d'où un déséquilibre qui conduit au processus pathologique. L'acte de manger est vécu intensément sous la forme de ne pas pouvoir arrêter de manger.

Ces hypothèses, posées encore de façon générale, devront être étudiées plus précisément en particulier en ce qui concerne la différence entre l'hyperphagie boulimique et l'hyperphagie présente dans quelques cas d'obésité. L'expérience hyperphagique dans la boulimie est suivie d'un comportement compensatoire, ce qui correspond à un essai de remplacer un acte par un autre en raison de la culpabilité suivant la prise de conscience de l'« excès » alimentaire commis. L'exigence de l'acte alimentaire est suivie de l'exigence de l'acte compensatoire pour éviter toute incorporation de l'alimentation et toute prise de poids. L'hyperphagie dans l'obésité peut se présenter comme une complication pour autant qu'elle met en scène l'aspect concret d'un corps qui est capable aussi de bouleverser l'équilibre d'être et avoir un corps. Si l'hyperphagie se présente comme une désappropriation du caractère propre du corps, l'obésité peut signaler aussi une étrangeté par rapport au propre corps du sujet, surtout dans le cas d'une prise de poids suite à des épisodes hyperphagiques : il y a une contradiction entre l'expérience de corps (*corps sujet*) et sa reconnaissance en tant qu'objet (*corps objet*). Il faut encore ajouter que, dans le cas de l'expérience hyperphagique dans l'obésité, les comportements

[499] Cf. G. Charbonneau, V. Moreira, « Fenomenologia do transtorno do comportamento alimentar hiperfágico e adicções », *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. *16*, n° 4, 2013, p. 537.

compensatoires ne font pas partie de la caractérisation du trouble observé, même si la présence d'une culpabilité peut être trouvée.

En utilisant ce même regard pour comprendre l'anorexie et illustrer cette compréhension, on pourrait dire que le *corps objet* est mis en évidence. Les actes de manger sont très liés au changement du corps, à la possibilité qu'a le sujet de se faire grossir et au regard que les autres portent sur lui : c'est le *corps pour autrui.* Bien que le sujet ait faim, manger est une menace et parfois n'est pas l'événement désiré. La faim proprement dite est imposée par ce sujet à lui-même, c'est un besoin dont les implications dépassent le besoin proprement dit. Si, d'un côté, l'hyperphagique mange avant de ressentir la faim et est souvent incapable de sentir son propre corps, l'anorexique lui éprouve la faim et lutte contre elle en empêchant qu'elle soit suffisante pour imposer l'acte de manger. Avoir ou ne pas avoir faim, n'est pas un choix que le sujet peut contrôler en permanence. Quand le sujet mange il « se confronte à l'altérité de ce qu'il n'est pas » [500] car il s'agit d'une injonction à laquelle il ne veut pas s'assujettir. On peut dire que les expériences de manger ou même d'avoir faim sont à la fois vécues par le *corps sujet* et « positionnent inévitablement le sujet face à l'autre » [501], sens originaire dès la naissance. L'action de ne pas manger suffisamment, élément central du vécu de l'anorexique, démontre le rôle symbolique du manger, au-delà de son valoir nutritif[502]. Manger devient une menace.

En mettant le *corps objet* en évidence comme ce qui permet le contact vital avec le monde, l'anorexique vit le paradoxe de l'appel et du rejet à l'autre[503]. Il y a une intrication entre le corps et la relation avec l'autre. En outre, dans les cas plus graves apparaît une distorsion de la propre image du corps. Le déséquilibre entre le *corps sujet* et le *corps objet* - semble créer une distorsion, une distance, entre ce qui est vu et celui qui voit et est la marque de l'ambiguïté du corps et de sa constitution mondaine. L'évidence est mise sur le *corps objet* et le *corps sujet*, encore présent, est dissonant car le regard de l'autre joue un rôle croissant. Les anorexiques voient parfois dans leur propre corps ce qu'ils croient que les autres sont en train de voir en eux.

Nous nous sommes inspirés de la phénoménologie du corps proposée par Merleau-Ponty pour quelques essais initiaux. En reconnaissant l'ambiguïté du corps, cet auteur nous signale le risque de perdre l'équilibre entre ce *corps que nous sommes* et ce *corps que nous*

[500] Cf. D. Legrand, C. Taramasco, « Le paradoxe anorexique : quand le symptôme corporel s'adresse à l'autre », *L'Évolution Psychiatrique*, 2016, vol. 81, n° 2, p. 310.
[501] Cf. *Ibid.*, p. 311.
[502] *Ibidem*.
[503] *Ibidem*.

avons. Dans le cas des troubles alimentaires et de l'obésité, la circularité originaire et simplifiée faim-alimentation-satiété n'est pas évidente et cette dynamique devient l'origine ou même l'indice de beaucoup de souffrance, le corps étant toujours là. L'expérience hyperphagique se fait dans l'excès (de prise alimentaire) et l'intensité (rapidité de l'ingestion d'aliments) : l'acte de manger est l'expression de cette situation vécue par un sujet perdu entre ce corps qu'il ne peut éprouver, qu'il « convoque » pour agir, qui ne veut pas être vu par les autres et qui entraîne un sentiment de culpabilité. Dans le cas du vécu anorexique, il semble y avoir une confusion entre ce que nous avons (ou ce que nous aimerions avoir) et ce que nous sommes (ou ce que nous croyons être vraiment) en tant que corporéité.

La problématique de ces psychopathologies ne peut pas être réduite au « manger » mais si les altérations portent sur cette expérience cela a une signification. Nous devons maintenir notre attention sur le corps, mais en sachant que ce corps est sujet mais aussi objet dans le monde et pour le monde ; il fait partie d'une histoire et la compose en jouant un rôle toujours ambigu. Tout ce que nous venons de décrire est ancré dans le corps propre ; comprendre l'équilibre entre être et avoir un corps nous semble fondamental.

3.3.5. Le corps qui habite le temps et l'espace

On ne peut être dans le monde qu'en tant que corporéité c'est-à-dire que nous habitons le monde avec le corps que nous sommes et que nous avons. Penser ou mettre l'accent sur le corps ne doit pas signifier mépriser ou simplifier le rôle du temps et de l'espace car « Il (le corps) habite l'espace et le temps »[504], affirme Merleau-Ponty. Notre condition d'avoir un corps propre dans le monde implique donc forcément la dimension indissociable du temps et de l'espace. Merleau-Ponty affirme que

> En tant que j'ai un corps et que j'agis à travers lui dans le monde, l'espace et le temps ne sont pas pour moi une somme de points juxtaposés, pas davantage d'ailleurs une infinité de relations dont ma conscience opérerait la synthèse et où elle impliquerait mon corps; je ne suis dans l'espace et dans le temps, je ne pense pas l'espace et le temps; je suis à l'espace et au temps, mon corps s'applique à eux et les embrasse[505].

[504] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 822.
[505] Cf. *Ibid.,* p. 823.

Cela démontre une intrication, mais il ne s'agit pas d'un épuisement ou d'une objectivation de ces notions car « Temps et espace sont signes de l'appartenance des choses au monde »[506] et il y a toujours des « horizons indéterminés » [507]. Notre corps est une manière d'accéder au monde et à l'objet mais surtout une façon de vivre. Le corps a un rôle de phénoménalisation ancré dans sa dimension temporelle et spatiale c'est-à-dire qu'il est le lieu de l'expérience attaché au temps et à l'espace.

En tant qu'habitant, nous ne vivons pas en dehors du temps et de l'espace qui sont, la base de notre existence. Ces considérations expliquent notre intention d'explorer la contribution de Merleau-Ponty par rapport au temps et à l'espace dans son étroite relation avec le corps ; ceci nous amène donc à étudier tout particulièrement ce qu'il a écrit dans la *Phénoménologie de la perception* lorsqu'il explore la dimension temporelle et spatiale du corps propre.

Le temps occupe une place majeure dans la phénoménologie, soit qu'il s'agisse de la phénoménologie philosophique et en particulier des travaux de Husserl[508] et de Heidegger[509], soit qu'il s'agisse de la phénoménologie clinique avec, par exemple, les travaux de Minkowski[510], Binswanger[511] et Tatossian[512]. Merleau-Ponty, en se référant à Husserl pendant son « parcours » philosophique, a fait des réflexions sur le temps l' axe primordial de sa philosophie[513]. Lorsqu'il discute la temporalité[514], la dimension « mondaine » et subjective du temps est abordée. Il s'agit d'un temps qui « appartient invisiblement au monde et à la subjectivité » [515]. Le temps n'est pas vu en tant que chose ou substance fluide, mais dans son caractère inséparable du sujet avec une dynamique propre. Autrement dit, la subjectivité « assume ou vit le temps et se confond avec la cohésion d'une vie »[516]. La dimension temporelle du corps est vécue toujours au présent, « le corps existe nécessairement 'maintenant' »[517]. Ceci implique que nous ne pouvons pas revenir complètement au passé. Merleau-Ponty estime qu'il

[506] Cf. A. Zielinski, *op.* cit., 2002, p. 301.
[507] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 823.
[508] Voir Husserl, E. *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*, 1928. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
[509] Voir M. Heidegger, *Être et Temps*, 1927, trad. par F. Vezin. Paris : Gallimard, 1986.
[510] Voir E. Minkowski, *Le temps vécu*, 1933. Paris : Presses Universitaires de France, 1995.
[511] Voir L. Binswanger, *Mélancolie et manie* : études phénoménologiques, 1960. Paris : Presses Universitaires de France, 2005.
[512] Voir Tatossian, A. « Aspects phénoménologiques du temps humain en psychiatrie », 1979, in *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, 2016.
[513] Cf. R. Barbaras, *De l'être du phénomène. Sur l'ontologie de Merleau-Ponty*. Grenoble : J. Million, 2001, p. 251.
[514] À ce moment-là, nous faisons référence surtout à la période initiale jusqu'à la thèse de 1945.
[515] Cf. P. Dupond, *op. cit.*, 2007 p. 205
[516] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1126.
[517] Cf. *Ibid.*, p. 823.

y a une « structure temporelle de notre corps »[518] qui peut être démontrée par les lacunes de mémoire, c'est-à-dire par notre incapacité de garder l'état antérieur de notre corps. Les instants précédents ne s'effacent pas, ils sont emboités[519] en faisant partie de notre vécu. Il y a un mouvement qui a pour effet de synthétiser le temps, et aussi l'espace et cela est toujours à recommencer. Nous avons toujours l'expérience d'un monde au « sens d'une totalité ouverte dont la synthèse ne peut être achevée »[520]. C'est le cours du temps qui défait et refait nos expériences toujours en mouvement :

> Dans chaque mouvement de fixation, mon corps noue ensemble un présent, un passé et un avenir, il sécrète du temps, ou plutôt il devient ce lieu de la nature où, pour la première fois, les événements, au lieu de se pousser l'un l'autre dans l'être, projettent autour du présent un double horizon de passé et d'avenir et reçoivent une orientation historique (…) Mon corps prend possession du temps, il fait exister un passé et un avenir pour un présent, il n'est pas une chose, il fait le temps au lieu de le subir »[521]

D'après Merleau-Ponty, le temps n'est ni un processus réel ni une succession effective, il a pour origine le rapport du sujet avec les choses et le corps joue là un rôle actif. Nous portons dans notre corps les significations des vécus passés mais qui ne se présentent que dans le présent[522]. Les relations temporelles sont établies dans notre « champ de présence »[523]. Le passé, écrit Merleau-Ponty, « n'est donc pas passé, ni le futur. Il n'existe que lorsqu'une subjectivité vient briser la plénitude de l'être »[524].

Notre corps est un objet sensible et en même temps sujet de la perception. À travers lui il y a une expression possible de notre savoir habituel du monde effectuée dans le temps. Le corps synthétise le monde perçu et c'est pour Merleau-Ponty une synthèse temporelle. La subjectivité est temporalité en donnant un passé au présent et une direction à l'avenir. Il ne s'agit pas d'un acte purement personnel, celui d'un sujet autonome, mais de l'attestation du renouvellement perceptif d'une préhistoire permise par le corps et son regard[525]. Temps, subjectivité et corps ; il nous semble que ces mots, du point de vue merleau-pontien initial, caractéristique de sa période existentielle, sont intriqués dans leur dimension vécue. Le vécu

[518] Cf. *Ibidem*.
[519] Cette discussion peut, sans doute, nous conduire à la question de l'inconscient chez Merleau-Ponty.
[520] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 909.
[521] Cf. *Ibid.*, p. 931.
[522] *Ibid*., p. 1117-1118.
[523] Cf. *Ibid*., p. 1119.
[524] Cf. *Ibid.*, p. 1125.
[525] *Ibidem.*

nous touche, il est et il demeure sans cesse pour nous. On ne vit pas en dehors du présent, mais avec ce qui est vécu ; la dimension présente a le pouvoir de pénétrer dans le temps et de chercher l'éternité – « c'est l'atmosphère du temps »[526].

Le temps est naturel et peut être objectivé. Cependant, comme il établit une relation circulaire avec la perception[527], ce temps naturel devient historique. La perception phénoménalise le temps et le corps est le lieu où tout demeure - « c'est le mouvement d'une vie qui se déploie, et il n'y a pas d'autre manière de l'effectuer que de vivre cette vie »[528]. Après le *Phénoménologie de la Perception*, les textes ultérieurs de Merleau-Ponty montrent un retour vers la théorie du temps et un approfondissement de celle-ci. Barbaras[529] observe que si Merleau-Ponty a maintenu un silence relatif sur la théorie du temps pendant quelques années, il n'a pas renié cette partie de ses travaux estimant que la nécessité d'une nouvelle approche apparaîtra tôt ou tard. La réflexion sur le temps peut être considérée, en partie, comme le premier pas de Merleau-Ponty vers la chair, conçue comme la vérité même du temps puisqu'avec le temps il y a une appartenance à la fois du passé au présent et du présent au passé. Comme l'affirme Merleau-Ponty, « passé et présent sont *Ineinander*, chacun enveloppé-enveloppant,- et cela même est la chair »[530]. Le temps est l'« éternité existentielle » comme « 'lieu' inaliénable où l'individuel et l'universel naissent l'un de l'autre »[531].

Merleau-Ponty s'intéresse plus à l'espace qu'au temps en donnant une direction originale à sa pensée. Pour lui, l'espace est enraciné dans l'existence et il estime que toute la discussion doit être fondée sur la doctrine du corps propre comme objet de la perception[532]. Aborder l'espace signifie, dans ce sens-là, aller au-delà d'une localisation, d'une spatialité objective qui ne serait pas suffisante. Selon le philosophe, « La spatialité du corps est le déploiement de son être de corps, la manière dont il se réalise comme corps »[533]. À la place d'un milieu où tout se passerait, Merleau-Ponty définit l'espace comme « le moyen par lequel la position des choses devient possible » et précise que nous devons le penser comme « la puissance universelle de leurs connexions »[534]. Cette définition, même si elle ne rend pas complètement compte de la complexité de cette notion, nous permet de comprendre la

[526] *Ibid*., p. 1095.
[527] P. Dupond, 2007, p. 205.
[528] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1127.
[529] R. Barbaras, *De l'être du phénomène. Sur l'ontologie de Merleau-Ponty*, *op. cit.*, p. 251.
[530] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964, p. 321
[531] Cf. R. Barbaras, *op. cit.*, 2001, p. 260.
[532] L. Vetö, « L'eidétique de l'espace chez Merleau-Ponty », *Archives de Philosophie*, 2008, vol. 3, n° 71, p. 408.
[533] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 833.
[534] Cf. *Ibid.,* p. 936.

dimension d'ouverture présente dans l'espace et la présence d'un mode d'organisation des choses. Merleau-Ponty recherche « l'expérience originaire de l'espace en deçà de la distinction de la forme et du contenu »[535], c'est-à-dire qu'il essaie d'atteindre le niveau spatial qui ne se confond pas simplement avec l'orientation du corps propre. Le corps est lui-même un espace en soi et toute sa corporéité ne s'exprime que spatialement par le dynamisme des mouvements[536].

La phénoménologie de Merleau-Ponty aboutit à des résultats prometteurs. Elle permet de reconnaître le caractère pluriel des expériences spatiales et de thématiser l'espace subjectif en général. Lié aussi à la perception, cet espace est radicalement différent de l'espace de la géométrie[537]. Il ne s'agit pas d'une opposition simple et sans objectif car cette différence permet de mettre l'accent sur l'espace primordial de la perception auquel cet espace objectif est soumis. Le corps a un rôle majeur, « il est donc - écrit Merleau-Ponty - une certaine possession du monde par mon corps, une certaine *prise* de mon corps sur le monde »[538]. Il a un pouvoir de changement et de compréhension qui peut être révélé avec et à partir de l'expérience.

Merleau-Ponty rejette la position de la philosophie classique d'un espace unique, vrai et objectif, plus précisément l'espace euclidien. Pour lui, ce n'est pas du tout du même espace dont il s'agit. Il veut vraiment comprendre l'expérience originaire de l'espace, celle de la subjectivité, forcément d'ordre corporel : « Le corps, le sujet corporel, est à l'origine de la spatialité, il est le principe de la perception »[539]. Il s'agit du corps propre avec sa réalité spécifique, *sui generis,* en tant que support de notre subjectivité, un corps qui habite l'espace et que, nous pouvons donc l'affirmer, est la subjectivité proprement dite. Avec lui, un centre est constitué d'où partent distances et directions[540]. Autrement dit, l'espace se constitue à partir du corps propre à travers lequel la spatialité objective apparaît. En tant qu'origine de toute spatialité effective, le corps propre est aussi à l'origine de toute visibilité. Il y a à la fois un mouvement vers les choses qui ne demande pas d'intermédiaire et une permanence caractéristique, la « présence indissociable du corps »[541]. La permanence en situation relative des objets est fondée sur la permanence absolue du corps propre. Ce corps a un « savoir spatial »

[535] Cf. *Ibid.*, p. 941.
[536] M. Schäfer, « Le corps comme garant du réel », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, n° 69, p. 87.
[537] M. Vetö, *op. cit.*, p. 410.
[538] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 943.
[539] Cf. M. Vetö, *op. cit.*, p. 414.
[540] *Ibid.*, p. 415.
[541] Cf. M. Vetö, *op. cit.*, p. 417.

absolu [542] qui est justement la perception de l'espace selon deux espèces d'objets intentionnels[543]: la forme et la grandeur.

Pour le perçu spatial en tant que forme, Merleau-Ponty utilise le terme *physionomie.* Originaire de la *Gestalt*, elle est une structure originaire qui désigne la forme : elle a une silhouette qui accuse les traits caractéristiques[544]. Cette notion est illustrée par Merleau-Ponty dans le cas de la dactylographe sur le clavier et aussi celui d'un malade mental qui ne peut plus reconnaître des objets isolés, sans le contexte habituel pour lui. Dans ce dernier cas, affirme Merleau-Ponty, « le monde n'a plus pour lui de physionomie »[545]. Dans ces deux exemples, il s'agit de la physionomie qui porte ou doit porter une familiarité; « un *eidos* au sens primitif, une image-forme, une figure qui surgit devant la perception »[546]. L'autre objet intentionnel, la grandeur, se montre en tant qu'évaluation des phénomènes. Elle s'approche de la chose qui a une physionomie et l'enveloppe. Pour établir la grandeur, tout va dépendre de la distance par rapport à celui qui perçoit. Bien qu'il y ait une liaison entre elles, la grandeur et la distance sont radicalement différentes. D'après Vetö, « la distance accuse l'essentiel des traits de l'espace subjectif que détermine le corps propre »[547], il y a donc une nature subjective d'évaluation de la distance qui apporte son caractère vécu.

La physionomie, la grandeur et la distance sont des réalités rencontrées par la perception spatiale. Par contre, elles ne sont pas des concepts donc des catégories qui suivent la logique du corps. Ce sont les directions[548] qui vont permettre son orientation dans le monde par le sujet : « L'orientation est la manière propre au sujet percevant de se trouver dans le monde, d'agir dans son milieu, de se mouvoir dans l'espace »[549]. Il existe une organisation à partir du sujet et autour de lui. Droite et gauche, haut et bas sont des structures de la corporéité qui fonctionnent comme principe et agent de la perception spatiale. Il y a une habitude à l'ordre des directions

[542] Merleau-Ponty donne l'exemple de la pipe dans la main pour illustrer cela : « Si je suis debout et que je tienne ma pipe dans ma main fermée, la position de ma main n'est pas déterminée discursivement par l'angle qu'elle fait avec mon avant-bras, mon avant-bras avec mon bras, mon bras avec mon tronc, mon tronc enfin avec le sol. Je sais où est ma pipe d'un savoir absolu, et *par là* je sais où est ma main et où est mon corps, comme le primitif dans le désert est à chaque instant orienté d'emblée sans avoir à se rappeler et à l'additionner les distances parcourues et les angles de dérive depuis le départ » (*Phénoménologie de la perception*, *op. cit.*, p. 779-780).
[543] M. Vetö, *op. cit.*, p. 419-420.
[544] *Ibid.*, p. 421.
[545] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 814.
[546] Cf. M. Vetö, *op. cit.*, p. 421.
[547] Cf. *Ibid.*, p. 423.
[548] On pourrait, sur ce point, faire référence aux directions de sens chez Binswanger.
[549] Cf. M. Vetö, *op. cit.*, p. 424.

dont le sens est de rendre possible l'orientation dans le monde, la localisation et la compréhension des significations[550].

Quant à la dimension, la hauteur, la largeur et la profondeur sont les trois éléments de différentiation du spatial qui expriment une relation du sujet à l'espace. Pour Merleau-Ponty, le profondeur est la dimension maîtresse et toute sa réflexion est centrée sur elle car elle rend compte de la perspective du sujet sur le monde[551]. La profondeur est la situation du corps propre qui, en tant que perspective individuelle, traduit l'ouverture de la subjectivité incarnée[552]. D'après Barbaras, notre corps n'est pas dans l'espace, il est un « 'ici' absolu »[553] , un absolu autour duquel les choses s'entourent - « c'est un espace compté à partir de moi comme point ou degré zéro de la spatialité. Je ne le vois pas selon son enveloppe extérieure, je le vis du dedans, j'y suis englobé. Après tout, le monde est autour de moi, non devant moi »[554], affirme Merleau-Ponty. La profondeur fait surgir les choses, elle crée une atmosphère conformément au mouvement du sujet et du monde.

Dès la naissance, l'espace et la perception permettent entre le sujet et sa corporéité une communication[555]. Ce processus de spatialisation est défini par Barbaras comme « l'articulation de chaque phénomène et du monde : le monde ne se maintient en lui-même qu'en passant dans le phénomène et celui-ci ne monte à lui-même qu'en se faisant coprésent au monde et par conséquent à tous les autres »[556]. Cette spatialité est la forme de notre présence au monde, présence corporelle qui nous permet d'avoir un monde et de le conquérir.

Il n'existe pas de corps qui ne soit pas situé dans le temps et dans l'espace. Ce sont des conditions de possibilité du vécu corporel dont dépendent la réalisation de ses expériences. Le temps et l'espace sont des outils indispensables en psychopathologie car pour comprendre un phénomène il faut d'abord le situer dans le temps et dans l'espace. Autrement dit, ce corps est vécu dans un temps et dans un espace qui le constitue et est constitué en même temps par lui. La mise au point du corps exige une appréciation du temps et la considération des frontières instituées par l'expérience. Tout ce qui est vécu fait référence à un horizon temporel qui est synthétisé dans le corps et par le corps. Ainsi, la compréhension du corps vécu, et par exemple celle de l'expérience hyperphagique, exige la considération d'une dimension temporelle indissociable : c'est l'atmosphère du vécu instituée temporellement. L'expérience

[550] *Ibid.*, p. 425.
[551] R. Barbaras, *De l'être du phénomène. Sur l'ontologie de Merleau-Ponty*, *op. cit.*, p.238.
[552] M. Vetö, *op. cit.*, p. 430-432.
[553] Cf. R. Barbaras, *op. cit.*, 2001, p. 242.
[554] Cf. M. Merleau-Ponty, *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard, 1964, p. 59.
[555] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 947.
[556] Cf. R. Barbaras, *op. cit.*, 2001, p. 248.

hyperphagique peut suggérer des altérations de la temporalité surtout si nous considérons son caractère intense, sa répétition et la perte de l'organisation temporelle des repas. Le moment du « manger » proprement dit semble se dissocier des autres instances temporelles comme un « maintenant » qui essaie de se prolonger du fait de l'intensité de l'envie de manger engendré et de la voracité qu'il déclenche. Le temps s'arrête et ensuite reprend sa dynamique mais les marques temporelles sont déjà là ou même elles y étaient déjà. L'acte de manger a une histoire aussi longue que celle de notre propre existence. Cette histoire comprend la vie du sujet, toujours positionnée par rapport au « manger ». Même si l'on n'insiste pas sur le rôle essentiel « du manger » dans tous les moments de la vie, nous reconnaissons l'impossibilité de son absence en tant que vécu. Face à cette constatation, il faut essayer de comprendre comment le sujet se positionne par rapport à cet acte quotidien et même pluriquotidien sans lequel il ne peut survivre.

La circularité temporelle du manger est marquée par un début et un fin toujours imminentes, la fin indiquant l'avenir du commencement et le début de la perspective de sa finitude. L'expérience hyperphagique rompt brutalement cette circularité en imposant une dynamique propre. Le mode d'être hyperphagique est marqué par les moments où l'acte de manger dépasse le choix et la nécessité en supprimant l'autonomie du sujet qui se trouve immobilisé par l'impossibilité, à cet instant-là, de *ne pas pouvoir ne pas manger*. Ce vécu devient histoire en façonnant la biographie de ce sujet bien que pendant cette expérience il soit tellement centré sur cet acte « de manger » que son histoire et ses problématiques actuelles lui paraissent pour l'instant, très loin de lui.

L'espace implique la réalisation de soi-même en tant que corps au monde. Notre pouvoir d'expansion rend possible nos expériences et nous fixe une orientation. À travers l'espace, ou encore la spatialisation, un horizon est ouvert ayant une physionomie, selon l'expression de Merleau-Ponty, qui permet la possession du monde. Une pathologie altère cet horizon qui perd, d'une certaine façon, sa profondeur. L'hyperphagie, attachée à l'expérience du « manger », restreint ce qui est habituel et réduit l'espace car l'action à ce moment-là est exclusivement tournée vers l'acte de manger. Il faut, évidemment, se demander ce qui permet ce changement et cette restriction. Le chemin inclut forcément l'habitation du corps dans le temps et dans l'espace. On peut aussi faire référence à l'obésité et, en particulier, à la fatigue corporelle et à la honte ressenties et décrites souvent par les patients. Ces expériences mettent souvent le corps propre en scène et bouleversent, voire limitent, son horizon spatial.

Notre intention ici a été d'indiquer quelques points importants relatifs à l'habitation temporelle et spatiale du corps. Sans doute, ces éléments mériteraient-t-il un approfondissement

mais cela déborderait le cadre de notre thèse. Il nous paraît important d'insister sur la nécessité de toujours situer le corps dans sa dimension temporelle et spatiale, ce qui permet une compréhension plus étroite de son mouvement et de son insertion dans le monde car il n'y a pas de corps hors du temps ni hors de l'espace.

Chapitre 4 - Du corps à la chair : le mouvement de Merleau-Ponty vers l'ontologie

Après avoir dédié le premier chapitre de cette partie à la phénoménologie du corps chez Merleau-Ponty, nous continuerons à chercher les possibles contributions de cet auteur pour la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité. De nombreux changements sont apparus en fonction de l'évolution de sa pensée. Nous explorerons ici l'orientation de Merleau-Ponty vers l'ontologie et les implications de cette approche aussi bien que celles de la proposition concrète de la notion de chair. Aller du corps à la chair ne signifie pas renoncer à la notion de corps mais de comprendre ce qu'apporte ce changement de regard dans la mesure où la chair se présente en tant qu'une notion centrale, et aussi nouvelle et personnelle, du projet philosophique de Merleau-Ponty[557]. Nous aborderons les travaux effectués après 1945[558] car cela nous permettra d'articuler, tout en les différenciant, les concepts de chair et de corps dans l'optique de notre but originaire. Nous essaierons de bien comprendre les conceptions de cet auteur, puis nous discuterons les contributions de son point de vue comme inspiration pour la compréhension du sujet de notre thèse.

Pourquoi s'intéresser à l'ontologie ? Ne serait-il pas suffisant d'en rester au concept de corps propre ? L'étude du corps propre nous a permis de formuler quelques hypothèses intéressantes sur l'expérience hyperphagique et aussi de faire quelques remarques sur l'obésité et sur l'anorexie. Cependant, il nous a semblé qu'en arrêtant là nos investigations sur l'œuvre de Merleau-Ponty, nous donnerions une vision trop partielle de ses intentions philosophiques et que nous ne profiterions pas de toute la puissance et de la fécondité de sa pensée. En outre, ce parcours merleau-pontien ouvre d'autres possibilités d'articulation, soit avec d'autres domaines (psychanalyse, psychologie du développement et neurologie), soit avec la (re)appréciation d'autres concepts (schéma corporel, désir, empiètement, intersubjectivité, etc.). Cet itinéraire signifie un élargissement théorique de ce qui est relatif à la notion de corps et se présente comme une manière d'approfondir celle-ci.

Ce chapitre comprend trois points. Le premier a comme axe central la notion de schéma corporel dans un parcours que nous explorerons à partir de la *Phénoménologie de la perception*. Il s'agit d'une notion que Merleau-Ponty utilise et à laquelle il donne une connotation phénoménologique susceptible de contribuer à une discussion fertile sur les troubles

[557] E. de Saint Aubert, *Du lien des êtres aux éléments de l'être. Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*. Paris, Vrin, 2004b, p. 147.
[558] En ce qui concerne à la notion de schéma corporel, nous explorons encore son usage initial dans la *Phénoménologie de la perception*.

alimentaires et sur l'obésité, notion encore d'actualité. Située entre la notion de corps et celle de chair, elle permet d'envisager la construction corporelle et la relation avec autrui. Dans le deuxième point, nous mettrons l'accent sur le concept de chair et sur son importance en ce qui concerne un approfondissement de la corporéité. Nous essaierons de montrer comment ce concept a d'abord été défini, comment il a évolué et quel rapport il permet d'établir entre le corps et le monde, ce à partir de trois de ses figures : l'empiètement, la promiscuité et le désir. Dans le troisième point, nous aborderons la question du miroir que, au-delà de montrer la structure de la chair, implique la visibilité des corps laquelle peut être associée à la problématique des troubles alimentaires et de l'obésité, et le pouvoir d'incorporation comme marque de la chair et signe des relations du sujet avec le monde, avec les autres et avec son propre corps.

4.1. La notion de schéma corporel et ses implications

La tâche d'explorer les contributions et les implications de la notion de schéma corporel chez Merleau-Ponty peut constituer un piège dans la mesure où cela exige l'exploration d'un mouvement progressif et constant de discussion de cette notion tout au long de son œuvre. Dès la *Phénoménologie de la perception* et jusqu'aux derniers écrits, Merleau-Ponty critique, aborde, explore, définit cette notion de schéma corporel et propose des déductions ; ce nouveau concept s'est montré fécond pour l'édification d'autres concepts comme celui de la chair. Nous acceptons le risque de tomber dans un piège pour deux raisons : 1) car cette notion de schéma corporel est essentielle comme moyen d'approfondissement de la notion de corps et d'élaboration de la notion de chair ; 2) car nous estimons, d'une part, que cette notion est peu ou parfois mal explorée dans les études sur les troubles alimentaires, ce qui est regrettable, et que, d'autre part, l'approche phénoménologique que Merleau-Ponty fait du schéma corporel peut contribuer à une meilleure compréhension des troubles alimentaires.

Pour évaluer ce concept , nous avons décidé d'aborder, dans la discussion, quatre points qui nous ont paru essentiels : 1) la « création » ou découverte et le début de l'usage de cette notion en neurologie et ses influences significatives sur l'évolution de la pensée de Merleau-Ponty; 2) le point de départ adopté par Merleau-Ponty dans la *Phénoménologie de la perception* pour comprendre et définir la notion phénoménologique du schéma corporel ; 3) le caractère intercorporel du schéma corporel et la construction d'une architectonique du corps qui implique obligatoirement sa relation avec autrui ; 4) quelques-unes des conséquences de l'utilisation de

cette notion dans la mesure où elle nous donne la possibilité de comprendre la dynamique du corps et sa relation avec autrui dans les troubles alimentaires.

4.1.1. Origine et influences de la notion de schéma corporel

On peut dire que la notion de schéma corporel est récente puisque datant du début du XXème siècle. Son essor a été fulgurant et encore de nos jours elle a une place importante dans divers domaines comme la psychologie, la psychanalyse, la psychiatrie et la neuropsychologie. Avant d'explorer l'influence qu'elle a eue sur Merleau-Ponty et l'approche faite par celui-ci nous allons exposer brièvement les origines de cette notion.

La responsabilité de l'introduction de cette notion est attribuée à Pierre Bonnier (1861-1918) et à Henry Head[559] (1861-1940) mais c'est Bonnier qui a proposé le terme de « schéma »[560] et qui a compris le vrai sens de ce terme, sens encore utilisé [561]. Dès son travail en 1893 sur le vertige, Bonnier a commencé à approcher cette notion tout d'abord en critiquant la notion classique de cénesthésie considérée comme sensibilité générale ou sens interne du corps propre, critique faite aussi, bien plus tardivement, par Merleau-Ponty[562] . Le neurologue français a cherché des dimensions élémentaires de la vie corporelle et a commencé à se concentrer sur la spatialité du corps vécu, problématique originale à partir de laquelle il a développé la notion de schéma : « La notion de schéma naîtra de cette problématique de l'auto-figuration topographique du corps, dans laquelle s'organisent les perceptions » [563]. Dans son article fondateur, intitulé « L'aschématie », paru en 1905, il parle donc du « schéma du corps ». D'après lui, chaque individu possède un schéma, une représentation spatiale de son corps qui lui permet une interaction dans l'espace. Dans cet article, il affirme aussi que « Le sens des attitudes nous fournit la notion du 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 (schéma) de notre moi » [564]. Pour Bonnier le sens des attitudes, d'une manière générale, est fourni par le schéma du corps et l'aschématie est justement considérée par lui comme une dimension pathologique. Il s'agit là du point de départ de la notion de schéma

[559] C. Morin, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*. Toulouse : Éres, 2013, p. 20.
[560] *Ibid.*, p. 21 ; G. Vallar, G. I. Rode, « Commentary on Bonnier P. « L'aschématie » Rev Neurol (Paris*)*, 1905; 13: 605-9, *International Classic in Epilepsy and Behavior*, 2009, vol. 16, n° 3, p. 400.
[561] J. Lhermitte, *L'image de notre corps*. Paris : Éditions de la Nouvelle Revue Critique, 1939, p. 13.
[562] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 78.
[563] Cf. *Ibid.*, p. 78-79.
[564] Cf. P. Bonnier, « L'aschématie », *Revue neurologique*, 1905, vol. 12, 605-609, p. 605.

corporel reprise par Henry Head[565], éminent neurologue de nationalité anglaise, qui a poursuivi les travaux de Bonnier lequel a disparu précocement . Head n'en est pas resté à un schéma du corps mais a distingué différents schémas (tactiles, visuels, posturaux et moteurs du corps) qui constituent une dynamique d'organisation et gouvernent notre posture et notre motricité[566], aboutissant de façon progressive à un modèle postural[567]. Il a alors abordé la structure du cerveau et compris que nous disposions d'un schéma tridimensionnel de notre corps, schéma dynamique, pouvant se restructurer car doué de plasticité - opérant selon « *un système d'équivalences praxiques* »[568]. Pour Head, malgré l'existence d'autres éléments, c'est l'élément postural, le schéma postural, qui joue le rôle dominant dans l'édification du schéma de notre corps; tous les changements s'inscrivent dans la plasticité de ce schéma[569].

Nous devons aux deux neurologues cités ci-dessus la découverte puis la définition et le développement de la notion de schéma corporel. Merleau-Ponty a été intéressé par cette approche nouvelle du corps et a consulté vers 1939, avant même la publication de *La structure du comportement*, la littérature neuropsychologique à sa disposition. Cependant, il n'utilisera cette notion qu'à partir de la parution de la *Phénoménologie de la perception*. C'est parce que Merleau-Ponty, tout comme Lacan et Dolto, avait lu l'ouvrage majeur de Jean Lhermitte *L'image de notre corps*[570] qu'ils ont perçu la fécondité potentielle de cette approche du corps vécu et l'importance des travaux des pionniers[571] Bonnier et Head. Merleau-Ponty a eu le mérite d'avoir introduit dans la philosophie phénoménologique cette notion de schéma corporel – ce qui montre son souci d'actualiser ses connaissances scientifiques[572]- , notion jusque-là utilisée uniquement par les neurologues et les psychiatres.

Ensuite Merleau-Ponty s'est intéressé aux travaux de Paul Schilder (1886-1940). Neuropsychiatre viennois, Schilder était docteur en philosophie et avait une connaissance

[565] Voir H. Head, G. Holmes, « Sensory disturbances from cerebral lesions », *Brain*, vol. 34, 1911.
[566] D. S. Verissimo, « Sur la notion de schéma corporel dans la philosophie de Merleau-Ponty : de la perception au problème du sensible », *Bulletin d'analyse phénoménologique*, 2012, VIII 1, Actes 5, p. 500.
[567] E. de Saint Aubert, *op. cit.,* 2013, p. 79.
[568] *Ibid.*, p. 80.
[569] J. Lhermitte, *op. cit.*, 1939, p. 14.
[570] Voir « Si nous donnons ces termes c'est que nous le retrouvons sous la plume de tous les auteurs qui se sont plus spécialement penchés sur le problème que nous visons ici. En réalité, schéma postural (H. Head), schéma corporel (P. Schilder), Image de soi (Van Bogaert), somatopsyché (Wernick-Foerster), Image du moi corporel (Lhermitte), constituent les désignations diverses d'une même chose : l'*Image de notre corps*. » (J. Lhermitte, *op. cit.*, 1939, p. 12).
[571] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 80.
[572] J-L. Petit, « Corps propre, schéma corporel et cartes somatotopiques », in *Le Corps en Acte,* org. par A. Berthoz, B. Andrieu. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010, p. 41.

approfondie de la *Gestalt-théorie*, des travaux de Husserl et de ceux de Freud[573]. Les descriptions phénoménologiques, la logique gestaltiste et l'approche psychanalytique sont les caractéristiques de son travail sur le schéma corporel. En tant que principale référence sur le sujet dans la première moitié du XXème siècle, Schilder devient la référence principale de Merleau-Ponty, surtout après la parution de *Phénoménologie de la perception*[574]. Le livre de référence pour Merleau-Ponty a été *The Image and Appearence of the Human Body* (1935). Schilder y suit un plan illustratif de sa démarche envisageant la base biologique, la libido et le caractère social et relationnel de l'image du corps. Il cherchait à montrer l'unité des phénomènes, c'est-à-dire l'articulation du biologique, du psychologique et de l'intersubjectivité[575]. Il met l'accent sur l'unité du corps en se référant plus à des philosophes comme Scheler qu'aux travaux des représentants célèbres à l'époque de la psychologie comme Wundt et Titchener : « Il n'y a qu'une seule unité, c'est le corps qui a une surface et une substance lourde qui le remplit »[576].

La proximité et aussi les écarts de la pensée de Schilder avec Freud sont significatifs car ils vont aussi influencer le rapport de Merleau-Ponty à la psychanalyse et à la philosophie de la chair[577]. Schilder donne à la libido le statut de principe animateur de l'image du corps en admettant l'existence d'une structure libidinale. Pour lui, le schéma est inachevé grâce à l'incorporation qui maintient un circuit. Il travaille donc « le rôle architectonique de la vie désirante dans la construction du schéma corporel, la dimension *libidinale* et, de là, *relationnelle* de l'image du corps »[578]. Pour Schilder il n'y a pas de distinction entre schéma corporel et image du corps car il y a toujours une interaction avec le monde. Dès l'introduction de son livre, on peut percevoir la manière dont il pose le problème :

> Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un « apparaître » à soi-même du corps ; terme qui indique aussi que, bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas la pure représentation[579].

[573] De Saint Aubert, E. « Espace et schéma corporel dans la philosophie de la chair de Merleau-Ponty ». in *Le Corps en Acte,* org. par A. Berthoz, B. Andrieu. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010, p. 138.
[574] C'est possible de trouver aussi quelques références à Paul Schilder (*Das Körperschema,* Berlin, Springer, 1923) dans la *Phénoménologie de la perception.*
[575] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 81.
[576] Cf. P. Schilder, *L'image du corps, étude des forces constructives de la psyché*. Paris : Galimard, 1968, p. 295.
[577] Cf. E. de Saint Aubert, « Espace et schéma corporel dans la philosophie de la chair de Merleau-Ponty », *op. cit*., p. 138.
[578] Cf. E. de Saint Aubert, E., *op. cit.*, 2010, p.139.
[579] Cf. P. Schilder, *op. cit*., 1968, p. 35.

Cette remarque sur schéma corporel et image du corps est importante du fait de la répercussion qu'elle a pu avoir sur Merleau-Ponty et il faut en tenir compte pour éviter des équivoques conceptuelles face au décalage qui existe, d'après de Saint Aubert, entre l'approche de Schilder et de Merleau-Ponty et celle de la neurologie contemporaine. Il y a une confusion usuelle, comme le signale Gallagher[580], entre les deux expressions. Cet auteur est, d'ailleurs, l'un des auteurs contemporains le plus connu, qui a essayé de supprimer cette confusion[581] en proposant des définitions de « schéma corporel » et « image du corps ». L'une des sources de cette confusion est la traduction erronée, dans *La phénoménologie de la perception*, de schéma corporel par image du corps.

Schilder a travaillé constamment la dialectique du dedans et du dehors. Il considère qu'il y a une plasticité du corps qui est le résultat d'un processus d'incorporation. Projection, appropriation, identification sont quelques-uns des termes utilisés par Schilder dont le sens intéresse beaucoup Merleau-Ponty. Il s'agit d'une influence encore ponctuelle dans la *Phénoménologie de la perception*, mais déterminante dans les derniers écrits, surtout après 1953. Le parcours de construction de la notion de schéma corporel, bien qu'elle soit une notion récente, implique une direction dans plusieurs domaines avec leurs approches particulières. Nous considérons que cette notion chez Merleau-Ponty suit un parcours progressif. Autrement dit, elle devient de plus en plus importante et plus explorée par lui, soit pour la définition de son parcours théorique, soit pour l'élaboration et la sédimentation d'autres concepts. Il ne s'agit pas seulement d'une progression au sens quantitatif mais d'une position centrale pour soutenir l'anthropologie merleau-pontienne. Après la thèse de 1945, elle apparaît peu dans les écrits du vivant du philosophe. Par contre, elle est « au cœur de la maturation du concept de chair » [582] à travers quatre cours importants: 1) cours en Sorbonne (1942-1952); 2) *Le monde sensible et le monde de l'expression* (1953); 3) *Notes sur le corps* (1956-1960), inédits: 4) cours sur le concept de *Nature* (1960)[583]. Pour la germination du projet ontologique de Merleau-Ponty, la notion de schéma corporel apparaît comme un instrument théorique indispensable[584].

Merleau-Ponty s'est montré toujours ouvert quant à l'intérêt de discuter et d'accepter de nouvelles idées. Au-delà de l'histoire du schéma corporel, il nous paraît nécessaire de

[580] S. Gallagher, *How the body shapes the mind*. Oxford : University Press, 2006, p. 19.
[581] E. de Saint Aubert critique la sortie proposée par S. Gallagher en la considérant comme dichotomique et incapable d'être une source pour aborder et comprendre la voie suivie par Merleau-Ponty. Voir : E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 49.
[582] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2010, p. 124.
[583] *Ibidem*.
[584] D. Verissimo, *op. cit.*, 2012, p. 514.

comprendre la forme sous laquelle il utilise cette notion et comment il la transforme. Une question peut se poser : est-il possible ou cohérent de parler d'un schéma corporel proposé par Merleau-Ponty ?

4.1.2. Vers une (in)définition du schéma corporel dans la *Phénoménologie de la perception*

Admettre le caractère progressif de la notion de schéma corporel implique de renoncer à une définition précise et immuable. Avec le temps et les progrès, l'usage et l'approche du schéma corporel ont changé en accord avec les nouvelles directions de la pensée philosophique et scientifique et les discussions établies entre les usagers. Nous essaierons de comprendre comment Merleau-Ponty aborde et définit le schéma corporel dans sa thèse de 1945. Malgré des changements et la progression des idées, nous verrons que même si cette première œuvre ne représente qu'une ébauche de sa pensée sur ce sujet, elle contribue significativement aux directions suivies par la suite.

Influencé par les progrès de la neurologie moderne, Merleau-Ponty fait référence pour la première fois à la notion de schéma corporel en 1945 dans le chapitre concernant *La spatialité du corps propre et la motricité* et esquisse une première description : « je connais la position de chacun de mes membres par un *schéma corporel* où ils sont tous enveloppés » [585]. Le caractère associationniste, très présent dans la période d'émergence de la notion de schéma corporel, ne lui plaisait pas. Il estimait que « le sens vraiment fructueux de ce dispositif repose dans son caractère intentionnel »[586]. Autrement dit, il s'éloigne des définitions cognitivistes du schéma corporel en tant que représentation pour s'approcher d'une compréhension préréflexive, expressive et toujours liée au monde. Il considère alors que le schéma corporel est « une manière d'exprimer que mon corps est au monde »[587]. Cette définition apparemment simple traduit la relation ou même la coappartenance entre le sujet et l'objet, l'homme et le monde. Le résultat est que dans la *Phénoménologie de la perception* Merleau-Ponty « désubstantialise »[588] la notion de schéma corporel et le comprend comme unité corporelle et unité avec le monde, cette unité n'étant possible qu'en tant qu'ouverture avec une forme ou *Gestalt* capable d'étendre des intentions[589]. Il y a une implication du corps dans le monde.

[585] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 777.
[586] Cf. D. S. Verissimo, *op. cit.*, 2012, p. 499.
[587] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 780.
[588] Cf. D. Verissimo, *op. cit.*, 2012, p. 499.
[589] L. Angelino, « L'apriori du corps chez Merleau-Ponty », *op. cit.*, p. 170.

Le schéma corporel « concerne tout le corps, l'ensemble de ses dimensions vitales, de ses possibilités d'expression et de relation au monde »[590]. Sa logique est caractérisée par l'idée d'un « système d'équivalences »[591], c'est-à-dire que nos actions suivent un modèle et il y a une adhérence du sujet à cela : « l'action du sujet adhère immédiatement à son modèle, le sujet se projette ou s'irréalise en lui, s'identifie avec lui, et le changement de coordonnées est éminemment contenu dans cette opération existentielle »[592]. Merleau-Ponty donne l'exemple de l'imitation des gestes qui ne demande pas un savoir cognitif ou même explicatif. Il cherche des équivalences avec un pouvoir de transposition qu'il estime absent chez le malade. Ainsi, il affirme que

> le sujet normal a son corps non seulement comme un système de positions actuelles, mais encore et par là même comme système ouvert d'une infinité de positions équivalentes dans d'autres orientations. Ce que nous avons appelé de schéma corporel est justement ce système d'équivalences, cet invariant immédiatement donné par lequel les différentes tâches motrices sont instantanément transposables. C'est dire qu'il n'est pas seulement une expérience de mon corps, mais encore une expérience de mon corps dans le monde[593].

Bien qu'il insiste sur l'expérience du corps dans le monde, nous percevons une orientation vers la dimension sensorielle et motrice.

Le schéma corporel est ouverture et engagement, ce qui permet que le corps soit installé dans le monde avant toute science[594]. Il a toujours une puissance motrice qui rend le monde familier - le corps « sait d'avance »[595], il connaît et reconnaît l'entourage comme champ. Notre expérience motrice « fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet »[596]. À ce moment-là, Merleau-Ponty renonce à la notion de fonction symbolique qui avait un rôle positif dans son premier livre et il attribue une importance croissante au schéma corporel[597]. Il écrit que « Mon corps a son monde ou comprend son monde sans avoir à passer par des 'représentations', sans se subordonner à une 'fonction symbolique' »[598]. Autrement dit, le corps possède déjà un monde avant la représentation.

[590] Cf. E. De Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 84.
[591] Selon E. de Saint Aubert, cette idée apparaît écrite par Merleau-Ponty plus de 80 fois (Cf. *op. cit.*, 2013, p. 87).
[592] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 824.
[593] Cf. *Ibidem.*
[594] *Ibid.*, p. 1042.
[595] Cf. L. Angelino, *op. cit.*, 2008, p. 171.
[596] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 823.
[597] D. Veríssimo, *op. cit*., p. 501.
[598] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 823.

En tant que système d'équivalences, le schéma corporel pour Merleau-Ponty se fonde sur « l'épreuve d'une présence corporelle »[599], autrement dit la perception du corps propre et la perception extérieure sont « deux faces d'un même acte »[600]. Il considère l'existence d'une cohésion, d'un système, fondé sur la mondanité du corps et admet une coextension entre la synthèse de notre corps propre et la synthèse perceptive du monde[601] ; il faut ajouter à cela que ce système implique aussi les autres corps qui habitent le monde. Merleau-Ponty a toujours fait l'association entre la perception du monde et la perception d'autrui[602], aussi affirme-t-il:

> comme les parties de mon corps forment ensemble un système, le corps d'autrui et le mien sont un seul tout, l'envers et l'endroit d'un seul phénomène et l'existence anonyme dont mon corps est à chaque moment la trace habite désormais ces deux corps à la fois[603]

Cette compréhension nous amène directement à la dimension intercorporelle du schéma corporel[604], aspect plus déployé dans les textes qui parurent après la *Phénoménologie de la perception.*

Le schéma corporel investit en d'autres corps, implique un *savoir du corps* lié à l'habitude. Il connaît et se connaît à la fois dans un circuit qui porte le monde et l'autrui[605]. Néanmoins, il s'agit d'une connaissance qui associe la familiarité et l'ignorance. Par incorporation, par annexion, le corps connait et se connait. Tout est intégré au schéma corporel, de plus en plus familier[606]. Lorsque Merleau-Ponty donne l'exemple du dactylographe, il estime que le clavier, très familier, peut devenir aussi familier que le propre corps du sujet - le dactylographe « intègre l'espace du clavier à son espace corporel » [607]. La raquette d'un joueur de tennis devient l'extension de son propre bras telle est l'intimité qu'il en a. Evidemment, il y a un processus, un temps, pas forcément mesuré, qui permet cette familiarité et cette expression. Ce serait, selon E. de Saint Aubert, « le temps de la chair »[608].

La familiarité produit la proximité mais aussi, par excès, l'ignorance. ; par exemple, exécuter une tâche « sans savoir » exactement ce que l'on fait. Le corps sait, sans y penser, dans

[599] Cf. *Ibid.*, p. 872-873
[600] Cf. *Ibid.*, p. 893.
[601] D. S. Veríssimo, *op. cit.*, p. 504.
[602] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2010, p. 117.
[603] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1054.
[604] Nous explorerons cette notion dans le point suivant.
[605] E. de Saint Aubert, *op. cit.,* 2010, p. 125 ; E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 18.
[606] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 96.
[607] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 828.
[608] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 97.

la mesure où il n'a pas besoin d'un plan, d'une représentation. La préservation de cette ignorance est d'ailleurs parfois souhaitable pour permettre de nouvelles intégrations et prolongements. Par ailleurs, la prise de conscience et la volonté de maîtrise déstabilisent la maîtrise de soi, la rigueur et le contrôle dans les domaines de compétence du schéma corporel. Lors de la conduite d'une voiture, par exemple, le risque sera plus présent lorsque le conducteur s'observe et dirige ses actions. La vraie compétence repose à la fois sur la familiarité et, en partie, sur l'ignorance[609].

On pourrait inclure dans ces exemples l'acte de manger qui porterait aussi à la fois une familiarité bâtie et une ignorance et l'on transiterait entre ces deux modes. Il n'est pas nécessaire de penser en permanence à l'acte de manger pour parvenir à manger, le corps « sait » d'avance. Dans ce sens, il serait possible de « manger sans manger », c'est-à-dire que notre intentionnalité motrice peut agir sans signifier forcément une attention sur cet acte. On mange en parlant par exemple ou même on mange en « excès » sans souvent être en train de réfléchir sur cette expérience. Le schéma corporel est en interaction avec soi et avec le monde. Ce savoir et cette ignorance peuvent aussi nous conduire à réfléchir sur le contact avec le corps. On connaît et méconnait notre corps sans jamais s'éloigner de lui complètement. De façon générale et illustrative, on trouve souvent des patients hyperphagiques qui n'ont pas la capacité de ressentir, ils se disent incapables d'identifier, par exemple, la satiété. Le vécu anorexique peut aussi suggérer la rigidité d'un savoir sur le corps, sur les régimes, sur les implications du manger où l'ignorance, parfois désirable, n'aurait pas d'espace.

En se constituant le schéma corporel opère un double enveloppement d'installation. Nous nous installons dans le monde et nous installons celui-ci en nous-mêmes « les apprentissages se nouent au croisement d'une intégration du monde au schéma corporel et d'un prolongement de ce dernier en lui »[610]. Le schéma corporel déploie l'espace expressif à travers l'habitude qui produit et reproduit un savoir. La condition pour s'habituer est d'habiter le monde et nous l'habitons corporellement. L'habitude contribue essentiellement à la construction du schéma corporel dont la puissance de généralité est attachée à l'incorporation[611]. En tant que « capacité à prêter sa propre structure au monde et à autrui »[612], la généralité du corps, en vertu du caractère réciproque de l'incorporation, est une notion circulaire. Cela veut dire que le schéma corporel incorpore à la fois le monde, dans la mesure où il s'installe, et est capable de

[609] *Ibid*., p. 98.
[610] Cf. *Ibidem*.
[611] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 102.
[612] Cf. *Ibid.*, p. 107.

le prolonger en produisant de nouvelles incorporations. Il maintient une dynamique propre et est singulier dans son mode d'être. Nous sommes « une structure psychologique et historique »[613], c'est-à-dire que nous recevons avec l'existence « une manière d'exister, un style » [614] mais ce que nous recevons est aussi transmis par nous-mêmes. Le défi phénoménologique est à la fois d'atteindre cette singularité en tant que mode d'être et aussi de parvenir à la transmission mondaine d'un contenu et d'une dynamique commune.

D'après Merleau-Ponty, « Avec la notion de schéma corporel, ce n'est pas seulement l'unité du corps qui est décrite d'une manière neuve, c'est aussi, à travers elle, l'unité des sens et l'unité de l'objet »[615]. En tant que texture de tous les objets, cette notion « donne un sens non seulement à l'objet naturel, mais encore à des objets culturels comme les mots » [616]. Les mots ont leur sémantique, mais vont plus loin qu'un concept pour autant qu'ils se présentent d'abord comme un événement capable de saisir notre corps en circonscrivant une zone de signification[617]. Merleau-Ponty donne comme exemple quelques mots comme « chaud », « dur », « humide » et « rouge ». Ces mots évoquent une expérience, suscitent un vécu circonscrit dans notre schéma corporel. D'après Merleau-Ponty, « Les mots ont une physionomie parce que nous avons à leur égard, comme à l'égard de chaque personne, une certaine conduite qui apparaît d'un seul coup dès qu'ils sont donnés » [618]. Les mots résonnent, font écho dans leur inscription corporelle, sans oublier qu'à côté du sens des mots et des expériences personnelles, il y a encore les différences dues à la culture.

Sans modifier notre axe de recherche, nous pouvons citer quelques mots qui peuvent démontrer que cette physionomie est tout à fait liée à celle du corps dans sa mondanité. Les mots comme « obésité », « gras », « gourmand », « mince », « beauté », parmi d'autres, ont un poids tant sur le regard porté sur soi-même que sur celui porté sur les autres. Dans la mesure où ils sont évoqués, ils touchent le corps dans son processus d'incorporation, de signification. Le schéma corporel atteint cette amplitude et évoque notre corps comme un « objet sensible à tous les autres, qui résonne pour tous le sons, vibre pour toutes le couleurs, et qui fournit aux mots leur signification primordiale par la manière dont il les accueille »[619]. On pourrait ajouter encore, dans les cas des mots ci-dessus, qu'ils sont tous liés à une dimension visible et voyante. Autrement dit, le mot obésité, par exemple, peut mettre le corps propre et le corps d'autrui dans

[613] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1162.
[614] Cf. *Ibidem.*
[615] Cf. *Ibid.*, p. 926.
[616] Cf. *Ibidem*.
[617] *Ibid.*, p. 926.
[618] Cf. *Ibid.*, p. 927.
[619] Cf. *Ibid.*, p. 927-928.

leur visibilité en attribuant des sens possibles et des images encore plus rigides et difficiles à supporter. Ces sens ont aussi une charge culturelle.

Merleau-Ponty, dès la *Phénoménologie de la perception*, affirme qu'il est impossible de séparer le monde du sujet, conception à la base du schéma corporel :

> Le monde est inséparable du sujet, mais d'un sujet qui n'est rien que projet du monde, et le sujet est inséparable du monde, mais d'un monde qu'il projette lui-même. Le sujet est être-au-monde et le monde reste « subjectif » puisque sa texture et ses articulations sont dessinés par le mouvement de transcendance du sujet[620]

Cette citation met en évidence la perméabilité du corps propre, de ce corps au monde et à autrui. Malgré l'évidence de son éloignement par rapport à la définition du schéma corporel donnée par Bonnier et Head et la critique des approches neurologiques sur le schéma corporel, la première approche de cette notion par Merleau-Ponty est nettement plus neurologique que celles qui suivront. Il reste très proche de l'étude de la spatialité du corps propre et de la senso-motricité, idée qui n'est jamais complètement abandonnées, lorsqu'il considère le schéma corporel à partir de ses fondations neurologiques[621] ; il s'agit là d'un point de départ et de quelques essais de définition pas encore aboutis. Pour autant, dans la *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty précise déjà ce qu'il veut atteindre et esquisse une compréhension phénoménologique du schéma corporel, partie significative de la construction de cette notion. La relation avec le monde et avec autrui n'est pas oubliée, comme nous l'avons montré en citant quelques extraits de ses écrits, mais son lien avec le schéma corporel apparaît comme un fond pour une orientation dirigée surtout vers la perception et la neurologie. Dans ce qui va suivre notre objectif sera de comprendre cette relation et la dimension intercorporelle du schéma corporel. Tout ce que nous venons d'évoquer nous autorise à penser que Merleau-Ponty propose, probablement volontairement, une définition initiale partielle du schéma corporel, cela lui permettant de pouvoir accéder aux autres possibilités offertes encore à découvrir, lesquelles seront explorées dans ses travaux ultérieurs.

4.1.3. Le schéma (inter)corporel : l'architectonique du corps et de la relation avec autrui

Ayant un rôle d'organisation, le schéma corporel est, pour Merleau-Ponty, « l'architectonique d'une corporéité qui elle-même architecture le monde »[622] et ce à travers un

[620] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 1135.
[621] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, p. 72.
[622] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 18.

tissu relationnel qui implique le corps, le monde et autrui. Entre 1945 et 1952, Merleau-Ponty passe de l'idée d'incarnation à la conception de chair. Ce mouvement théorique, point de départ de la discussion qui suit, a été nourri des réflexions sur le schéma corporel et sur la corporéité à travers la psychologie de l'enfant et la psychanalyse et signifie de plus en plus une proximité avec les objets et avec autrui[623].

Dans le cours fait en Sorbonne, après une approche plutôt neurologique (1939-1945) et avant d'assumer un approche plus psychanalytique (1953-1960), Merleau-Ponty aborde le schéma corporel en mettant l'accent sur le problème de l'intersubjectivité. Il s'intéresse à la genèse de la perception de l'autre et utilise plusieurs apports de la psychologie, trouvés en particulier dans les travaux de Wallon et de Piaget[624]. Dans son cours *Structure et conflits de la conscience enfantine*, Merleau-Ponty défend l'existence d'une unité du corps, qu'il appelle schéma corporel, qui n'est pas simplement la somme de sensations tactiles ou kinesthésiques. Il s'agit d'un schéma englobant « la conscience de notre corps dans l'espace » et constituant « l'unité embrassant toutes les données sensorielles »[625]. La perception, tant pour l'enfant que pour les adultes, « implique, d'une part, un rapport des différentes parties du corps entre elles et, d'autre part, un rapport à un monde extérieur »[626]. Le schéma corporel est l'unité du corps propre toujours en relation avec le monde. Il s'agit d'une dimension sensible vécue dans un espace de l'expérience qui dépasse les frontières de nous-mêmes et atteint le monde.

En proposant la notion de schéma corporel au profit de la notion de cénesthésie, Merleau-Ponty sous-entend que notre corps se présente comme un système, « un schéma qui comporte le rapport à la position de mon corps dans le milieu ambiant »[627]. Ce schéma, qui fournit un système d'équivalences, permet une compréhension du corps comme « un objet organisé par rapport à l'entourage ». Une telle organisation a comme résultat que « la perception de mon corps peut être transférée à autrui et l'image d'autrui peut être immédiatement 'interprétée' par mon schéma corporel »[628]. L'architectonique du corps s'instaure dans la relation avec le monde, véritable jeu d'organisation qui se développe dialectiquement.

---

[623] D. S. Verissimo, *op. cit.*, 2012, p. 499.
[624] *Ibid.*, p. 505.
[625] Cf. M. Merleau-Ponty, « Structure et conflits de la conscience enfantine », 1949-1950, in *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier, 2001, p. 189.
[626] Cf. *Ibidem.*
[627] Cf. M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », 1950-1952, in *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier, 2001, p. 311.
[628] *Ibidem*.

Entre 0 et 6 mois, l'enfant « met en place son schéma corporel et commence à percevoir autrui »[629]. Opérations analogues et complémentaires, la perception d'autrui et celle du corps propre ne se font pas au même rythme et ne sont pas innées. La perception du corps propre apparaît avant celle d'autrui en créant un déséquilibre dû au développement de la perception d'autrui qui se fait ultérieurement. La référence majeure de Merleau-Ponty est alors Henri Wallon[630] qui associait le développement du moi corporel à la liaison entre une activité dirigée vers le monde et celle attachée aux nécessités et attitudes du corps.

Avant le sixième mois, l'enfant a une conscience fragmentaire du corps propre : « Il n'y a pas encore de schéma corporel total »[631], dit Merleau-Ponty mais, néanmoins, il est possible d'identifier des structures globales qui sont de plus en plus nombreuses et qui se différencient permettant une progression vers l'unité en intégrant le corps dans le monde[632]. Cette intégration du schéma corporel pose la question de la visibilité de son propre corps par l'enfant. Pour Merleau-Ponty l'attention de l'enfant sur son propre corps est tardive. Ce n'est que vers quatre mois, par exemple, qu'il porte son attention sur sa main droite ou sur sa main gauche et, ce n'est que vers la fin du sixième mois, qu'il explore une main avec l'autre ; le « dehors », « l'extérieur à lui », commence alors à être vraiment intégré dans son expérience.

> Toutes ces expériences visent à familiariser l'enfant avec la correspondance qui existe entre la main qui touche et la main qui est touchée, entre le corps tel qu'il est visible, et le corps tel qu'il est senti par l'intéroceptivité[633].

Cette sensibilité réversible est inaugurée par les expériences de l'enfant qui contribuent à l'intégration avec l'autre. La dialectique du voir et d'être vu, du sensible et du sentant, du toucher et du se toucher, permet la considération du schéma corporel en tant que schéma intercorporel et anticipe la notion de chair. Le schéma corporel tend vers la précision, il se structure et s'affine peu à peu, affirme Merleau-Ponty. Ce processus exige des relations avec autrui ce qui veut dire que le schéma corporel s'organise intercorporellement.

Loin de la notion de schéma corporel en tant que représentation du corps propre ou conscience du corps, Merleau-Ponty considère que le schéma corporel est « lié à tout le champ

[629] *Ibid*., p. 312.
[630] H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant*, 1949. Paris : PUF, 2009, p. 218.
[631] M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », *op. cit.*, p. 313.
[632] D. Verissimo, *op.cit.*, 2012, p. 509.
[633] Cf. M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », 1951-1952, in *Parcous*, 1935-1951. Lagrasse : Verdier, 1997, p. 185.

de l'expressivité animale et humaine »[634]. Depuis l'enfance cette expressivité se présente comme une condition d'ouverture originale au monde, polarisée par la relation avec autrui[635]. Le corps est « incroyablement signifiant »[636] et le schéma corporel « porteur de significations »[637] à partir d'un processus d'adaptation : « le schéma corporel s'adapte au monde pour *se* transfigurer et pour *le* transfigurer dans le même mouvement ; corps et monde se transfigurent mutuellement en se configurant l'un à l'autre »[638]. Il s'agit d'une mutuelle métamorphose, d'une double affectation, d'un empiètement de l'un sur l'autre. Le corps et le monde vivent un constant changement, un mouvement dialectique incapable d'être synthétisé car il n'y a ni fermeture ni séparation complète.

Dans son cours sur *Le monde sensible et le monde de l'expression* (1953), Merleau-Ponty, déjà professeur au Collège de France, considère le schéma corporel comme schéma intercorporel. L'influence des travaux de Schilder sur sa pensée est devenue importante et est dès lors la base de sa position philosophique : « le schéma corporel possède une structure libidinale, et est habité en profondeur par les enjeux de la relation avec autrui »[639]. Cette structure libidinale a une dimension majeure qui affecte notre rapport au monde. Autrement dit, la libido est « le principe animateur du schéma corporel »[640]. Ce corps a des sens et désire toujours. Il faut bien noter que Merleau-Ponty remplace libido par désir et insiste sur la dimension vraiment relationnelle du schéma corporel. Une telle évolution implique de plus en plus une articulation entre vie sensori-motrice et vie désirante[641]. On peut admettre que pour Merleau-Ponty la considération de la dimension sensori-motrice du schéma corporel est élargie puisqu'elle incorpore le désir. L'explicitation du schéma corporel fait apparaître un rapport à soi-même mais encore associé à un rapport à autrui. Il y a une composante affective plus importante qui traduit l'installation d'un rapport avec autrui. Ces rapports sont, d'après Merleau-Ponty, sociaux-historiques et le corps, expressif et actif, devient le « support de significations inter-corporelles »[642].

---

[634] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.,* 2013, p. 73.
[635] *Ibid*., p. 137.
[636] Cf. *Ibid.*, p. 108.
[637] M. Merleau-Ponty, *Le monde sensible et le monde de l'expression*, 1953. Genève : MetisPresses, 2011, p. 162.
[638] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 108.
[639] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 121.
[640] Cf. *Ibid.*, p. 123.
[641] *Ibid*., p. 73.
[642] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le monde sensible et le monde de l'expression*, 1953. Genève : MetisPresses, 2011, p.160.

Cette conception , qui n'est pas présente dans la *Phénoménologie de la perception*, nous oblige à revenir sur la question de la perception *:* « Le corps humain, donc, est corps qui se meut et cela veut dire corps qui perçoit - C'est là un des sens du 'schéma corporel' humain »[643]. La perception est impliquée par notre corps et le corps comme « pouvoir d' *Einfühlung*[644] est déjà désir, libido, projection-introjection, identification - la structure esthésiologique du corps humain est donc une structure libidinale, la perception un mode de désir, un rapport d'être et non de connaissance » [645]. En incorporant le désir, Merleau-Ponty élargit le schéma corporel, et même la notion de perception, faisant un pas et même un grand pas vers les dimensions de l'être.

La perception est déjà « *un mode de désir* » [646], affirme-t-il, et le désir est une disposition du schéma corporel. Le désir dénote une manière d'être dont le Je est le corps:

> Quel est le Je du désir? C'est évidemment le corps.
>
> Mais un corps qui n'est pas un faisceau de fonctions préétablies, anonymes, - qui n'est « premier » (S. de Beauvoir) - et qui n'est pas simple moyen ou instrument, qui n'est pas « second »,- un corps qui, de lui-même, désire autre chose que lui-même ou ses semblables, comme la physico-chimie devient autre chose qu'elle -même dans la vie, et qui pourtant le désire selon sa propre logique, par son propre arrangement, par sa propre pesanteur, chose perçue qui se perçoit et par là insère le monde entre soi et soi - masse de plaisirs et de douleurs qui ne sont pas clos sur eux-mêmes, mais nous servent à jouir et à souffrir du monde et des autres (plaisir et réalité) - Dépassement aussi non pas frontal, mais latéral, par détour[647].

Le chemin audacieux proposé par Schilder a séduit Merleau-Ponty qui s'est intéressé d'ailleurs par des cas cliniques du psychiatre. Pour Schilder, aussi bien que pour Merleau-Ponty, le schéma corporel n'est jamais isolé ; il y a des échanges permanents, un commerce incessant soutenu par sa capacité de « se détruire et se construire ». D'après Merleau-Ponty, il est « un moyen normal de connaître les autres corps et ceux-ci de connaître mon corps » [648], « un rapport d'être entre - mon corps et le monde » [649]. Merleau-Ponty n'abandonne pas la dimension motrice, devenue importante surtout dans la *Phénoménologie de la perception*, mais à partir de 1953 il intensifie l'orientation de sa pensée vers le désir et le rapport du corps avec

[643] Cf. M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain », in *La Nature* : notes, Cours du Collège de France, dans M. Merleau-Ponty. Paris : Éd. Du Seuil, 1995, p. 270.
[644] Empathie.
[645] Cf. M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain », *op. cit.*, p. 272.
[646] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 124.
[647] Cf. M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain, » *op. cit.*, p. 272-273.
[648] Cf. *Ibid.*, p. 281.
[649] Cf. *Ibid.*, 346.

le monde. C'est le schéma corporel qui est responsable de la tessiture relationnelle et rend possible la relation avec le monde. En outre, les études sur l'enfance ont joué un rôle important, dans les années qui ont suivi, fournissant les conditions nécessaires aux réflexions ultérieures.

Le schéma (inter)corporel suit une dynamique latente d'incorporation[650] (introjection-projection). Il s'agit d'un circuit qui s'organise par rapport à soi et au monde. En tant qu'ouverture, le schéma corporel se projette dans les autres et les introjecte, les désire. Ce désir est vu par Merleau-Ponty comme « membrure commune de mon monde comme charnel et du monde d'autrui »[651]. Il y a une promiscuité[652] liée au corps, selon un système universel dedans-dehors[653], qui est fondée sur l'indivision de notre corps et du monde, de notre corps et des autres corps et même des autres corps entre eux. Les schémas corporels empiètent les uns sur les autres c'est-à-dire qu'ils dépassent leurs propres frontières ou encore, que ces frontières n'existent qu'au niveau concret d'un corps biologique. Le schéma corporel est toujours imminent et ouvert en tissant des relations multiples avec le monde et autrui.

Les sources de Merleau-Ponty pour édifier la notion de schéma corporel sont la neurologie moderne, la psychologie du développement et la psychanalyse. Il a donné au schéma corporel un statut anthropologique intégral atteignant trois dimensions : *structurelle, cognitive* et *affective*[654]. Les enjeux relationnels de l'intersubjectivité et la structuration du désir orientent aussi l'édification du schéma corporel[655] qui est ouvert ontologiquement vers la temporalité du corps (dans l'habitude et la perception), l'espace (dans le mouvement), le langage (dans l'expression) et les autres (dans l'intersubjectivité)[656]. Cette disposition et cette ouverture positionnent le sujet dans le monde.

Compte tenu de la densité de la notion de schéma corporel et des influences importantes qui ont marqué la pensée de Merleau-Ponty, - et que nous avons signalé ci-dessus – on ne peut pas dire qu'il s'agit d'une notion nouvelle dont cet auteur aurait la paternité. Cependant, ce qui est intéressant et rend son approche singulière ce sont tous les aspects qu'il a mis en évidence au fur et à mesure de sa réflexion sur la notion de schéma corporel ancrant ce dernier dans la

[650] Dans le Cours sur *La Nature*, l'influence de Schilder, avec la conception de schéma corporel, et Melanie Klein, avec la conception d'incorporation, est fondamental pour la formation de la chair (Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2004b, p. 156).
[651] Cf. M. M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos: le corps humain », *op. cit.*, p. 287.
[652] Les notions de promiscuité et empiètement seront reprises dans la discussion sur le concept de chair.
[653] M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos: le corps humain », *op. cit.*, p. 346.
[654] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 20.
[655] *Ibid.*, p. 130.
[656] D. Morris, « Body », in *Merleau-Ponty: key concepts*, org. par R. Diprose, J. Reynolds. London : Routledge, 2014, p. 118.

dimension mondaine et relationnelle du sujet, ce qu'il implique qu'il porte d'autres corps**.** Ainsi la notion de schéma corporel chez Merleau-Ponty s'étend au-delà du sujet puisqu'elle intègre d'autres corps dans un tissu intercorporel. D'après de Saint Aubert, autrui « apparaît comme une corporéité qui hante la mienne et que je tapisse de la mienne, qui vit avec ma chair dans une co-institution ou une co-édification: il est *autrui comme co-corps »*[657]. C'est dans le cours sur *La Nature*, fait au Collège de France, que Merleau-Ponty révèle pleinement sa réflexion sur le schéma corporel, sur l'intercorporéité et sur la question d'autrui. Ce sont cette avancée et cet approfondissement qui ouvrent la possibilité de nouvelles perspectives sur la problématique des troubles alimentaires. Avant d'explorer la notion de chair, il nous paraît donc judicieux de revenir à la notion de schéma corporel présentée par Merleau-Ponty afin de bien comprendre ses implications éventuelles dans notre discussion et de quelle façon elle peut contribuer à la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité.

4.1.4. Implications et explications - une ouverture de possibilités

La notion de schéma corporel est souvent utilisée lors des études sur les troubles alimentaires et sur l'obésité avec une tendance à la considérer comme représentation ou conscience du corps. En ce qui concerne les troubles alimentaires spécifiquement, elle est présente surtout dans les discussions sur l'anorexie, l'altération de l'image corporelle étant l'un de ses symptômes retenu dans la définition. Bien que l'étude des troubles alimentaires ne soit pas le but de Merleau-Ponty, la conception qu'il propose du schéma corporel peut être utile pour les comprendre. Dans ce point de vue, nous mettrons en évidence quelques implications possibles du regard phénoménologique merleau-pontien sur le schéma corporel.

La notion de schéma corporel chez Merleau-Ponty n'est pas une notion statique, ce qui entraîne quelques difficultés pour bien la cerner ; elle a suivi l'évolution de la pensée philosophique de cet auteur et exige de nous une grande attention et une cohérence épistémologique afin de ne pas faire d'erreur d'interprétation. De plus s'inspirer de la phénoménologie de Merleau-Ponty pour aborder l'étude des troubles du comportement alimentaire signifie l'utiliser comme regard, comme perspective permettant l'accès à la compréhension de l'expérience vécue par le sujet. Il faut avoir conscience du rôle et des limites de la phénoménologie philosophique devant la maladie mentale surtout si on la compare avec la tradition phénoménologique en psychiatrie. Ce sera notre défi.

[657] Cf. E. de Saint Aubert, op. cit. p. 131.

Dans sa thèse en 1945, Merleau-Ponty défend le caractère intentionnel du schéma corporel et met l'accent sur la dynamique vécue, sur l'expérience proprement. Il indique par là qu'il y a une expérience vécue dans le corps et par le corps aboutissant à la construction du schéma corporel. Cette dimension intentionnelle implique une ouverture qui s'édifie dans la relation entre le corps et le monde. Les significations sont produites dans cette co-relation et sont vécues corporellement. L'unité, souvent abordée par Merleau-Ponty, ne concerne pas seulement le corps, elle résulte de la coappartenance entre le corps et le monde. Cette unité ne signifie pas forcément harmonie car il s'agit d'une (co)relation intense et en mouvement imposant une série de réactions. Cette composition a une tension dialectique qui tend à instaurer un mouvement d'échanges et l'absence de ce mouvement peut ne pas être, pourrait-on dire, salutaire dans la mesure où il peut produire un mode désorganisé d'être-au-monde.

Les troubles alimentaires, et dans une certaine mesure l'obésité, peuvent être considérés comme une sorte de défaillance ou même comme une distorsion de ce processus de signification, responsable d'une incapacité à contrôler les comportements alimentaires. Le schéma corporel fait partie de cette construction qui est ouverte et ne se limite pas qu'au corps en soi, à l'individu. Le fait de devenir malade est associé à une opération existentielle ancrée dans l'adhérence sujet et monde, corps et monde. De plus, rester fidèle à la conception du schéma corporel proposée par Merleau-Ponty, revient à tenir compte du fait que la problématique des troubles alimentaires implique de considérer la dimension mondaine de l'expérience vécue par le sujet atteint, c'est-à-dire que cela exige une ampliation de la compréhension de la complexe relation entre sujet et monde. Le schéma corporel n'étant pas une simple construction individuelle, les symptômes ne sont pas propres, si l'on peut dire, au seul sujet et ne peuvent pas être considérés comme tels mais comme ce qui permet de révéler l'installation du corps dans le monde.

La perception du corps propre et la perception extérieure composent notre schéma corporel ce qui a pour conséquence que les altérations vécues dans le corps ne se limitent pas à lui seul. La perception de notre propre corps est aussi perception extérieure puisqu'il y a impossibilité d'isolement de ces deux types de perception. Le regard sur le monde et sur les autres corps rend possible et façonne le regard que nous portons sur nous-mêmes et vice versa. Il faut aller au-delà du comportement, sans l'ignorer, et aborder la signification portée par le schéma corporel.

Des comportements divers, tels ceux de l'anorexique qui ne veut pas manger même quand elle a faim, de la boulimique qui se fait vomir après un épisode hyperphagique, de l'obèse qui peut avoir des accès d'ingestion alimentaire très importante dans une expérience

hyperphagique sont sous-tendus par l'action du schéma corporel, lequel permet l'installation et la (des)organisation du corps dans le monde. Il s'agit d'une dynamique qui, dans ce cas, n'est pas « positive », n'est pas régulée et peut aboutir de ce fait à la production de souffrance chez le sujet : c'est le schéma corporel qui donne condition à l'action. Il faut aussi souligner l'insertion du désir dans ce jeu du schéma corporel, dimension mise en évidence par Merleau-Ponty sous l'influence de Schilder. Il y a en effet un désir dans la genèse de ces modes d'être, même si ce mode d'être est pathologique comme dans les exemples cités ; ce désir s'organise, se présente, et est produit de façon intercorporelle.

Le schéma corporel permet de déployer l'espace expressif tout en intégrant un certain nombre de choses qui deviennent familières à travers l'habitude. Tout intégrer ne signifie pas forcément bien intégrer ou encore bien signifier. On vit un circuit d'incorporation. Nous sommes habitués à manger dès la naissance, ou même avant si l'on tient compte de la nutrition in utero, selon un processus de régulation et « d'évolution ». Mais cela n'est pas aussi simple qu'il y paraît car chaque individu a sa propre dynamique conditionnée par le besoin mais aussi par le désir. Les personnes qui souffrent de troubles alimentaires ont aussi un mode d'être singulier et c'est leur schéma corporel qui opère cette dynamique, l'organise par rapport au monde et, dans ce cas, par rapport au manger. Le schéma corporel selon Merleau-Ponty est toujours à la recherche d'une organisation, d'un équilibre à partir des significations et le désir intervient toujours. Il ne s'organise qu'intercorporellement[658] dans un mouvement dialectique entre le sujet et le monde, son monde et cela implique que la problématique des troubles alimentaires ne devrait pas être abordée seulement comme un mode de (des)organisation du schéma corporel dans la sphère individuelle mais comme un altération qui s'institue toujours dans cette radicalité de l'échange sujet et monde, entre corps au pluriel.

Le schéma corporel engendre des significations ; il affecte, organise, oriente la dynamique mais il est aussi affecté, sa neutralité à l'égard du monde extérieur n'étant pas possible[659]. Si le désir est une disposition du schéma corporel et la perception un mode de désir, on peut dire que le schéma corporel est responsable de la tessiture de nos expériences[660]. L'acte de manger est engagé par une logique perceptive (du propre corps et de l'extérieur), désirante. Il y a à la fois une expérience sensible, comme ce qui est éprouvé dans la faim par exemple mais il y a aussi une visée vers l'extérieur, comme par exemple vers la nourriture ou vers les

[658] On peut dire que l'influence de Schilder dans ce point-là est très remarquable.
[659] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 119.
[660] Cette compréhension démontre la direction suivie par Merleau-Ponty après la *Phénoménologie de la perception* où il était plus attaché à la notion de conscience perceptive.

autres corps. Le mode choisi par Merleau-Ponty pour concevoir la notion de schéma corporel étend le mode de voir le corps et son organisation dans le monde et autour d'autrui, tout étant « mû » par un désir propre au sujet. Lorsque l'on évoque les troubles alimentaires et l'obésité de ce point de vue, il y a forcément une extension de la démarche qui rompt avec un regard individualiste, voire intellectualiste, du schéma corporel. La clinique peut être et, parfois, est le lieu de dévoilement de l'organisation et de la présentation de ces modes d'être-au-monde qui s'édifient, pourrait-on dire, dans une désorganisation de l'expérience corporelle.

4.2. La puissance de la chair : vers un approfondissement de la corporéité

> « c'est par la chair du monde qu'on peut en fin de compte comprendre le corps propre » (M. Merleau-Ponty, « Notes de Travail », in *Le visible et l'invisible*, p. 299).

Le concept de la chair a bouleversé toute la composition théorique de la philosophie de Merleau-Ponty. On peut même dire que ses écrits antérieurs sont atteints, parfois indirectement, par la puissance de la notion de chair. Ce concept ne peut pas être pensé de façon isolée et il permet un approfondissement des notions déjà travaillées auparavant, comme celle de corps. La notion de chair permet d'aller « vers le sens le plus profond de la corporéité, en se dirigeant conjointement vers le cœur de son anthropologie et de son ontologie »[661]. Sa puissance est liée à son audace pour autant qu'elle signale et met l'accent sur la radicalité de notre existence dans le monde et de notre coappartenance. Avec un sens et un usage souvent métaphorique, la chair est capable de tisser nos modes d'existence et de fournir un sens originaire à notre être-au-monde.

La disparition prématurée de Merleau-Ponty a interrompu un mouvement intellectuel en plein essor et a permis aussi des interprétations assez diverses, parfois erronées, sur ses intentions et sur la fécondité de ce qu'il proposait. Si l'ontologie devient la préoccupation principale de Merleau-Ponty , la phénoménologie n'est pas abandonnée[662]. En soutenant dès la *Phénoménologie de la perception* la présence irrémédiable du monde, il maintient son projet de réunir dans la notion de monde l'extrême subjectivisme et l'extrême objectivisme ; une espèce d'ontologie phénoménologique ou une phénoménologie qui a comme fond une dimension ontologique. Il s'agit d'une ontologie qui ne suit pas les modèles classiques

[661] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 16.
[662] A. Nita, « La chair du monde chez Merleau-Ponty », *Analele Universitatii din Craiova*, Seria Filosofie, 2008, n° 22, p. 127.

d'analyse de la structure de l'être proprement dit, mais de l'être brut, thématisé dans sa condition d'inachèvement. Avec le concept de chair Merleau-Ponty élargit son champ philosophique et délimite sa position théorique par rapport à Husserl et à Heidegger.

L'usage de la chair ici se présente avec l'intention d'enrichir la prise du corps en incorporant un sens plus large face à son ancrage mondain. Autrement dit, avec la chair notre mode de voir le corps propre change, voire se développe, car il sera toujours un corps de chair. Pour autant qu'elle rend possible la compréhension et l'approfondissement du corps propre, la chair nous permet d'envisager des expériences psychopathologiques de façon plus large. Elle nous incite à chercher dans ce tissage charnel les sources de ces modes de souffrance. Il s'agit ici de comprendre les troubles alimentaires et l'obésité sous un mode de voir qui radicalise, avec la charnalité, notre dimension intersubjective, nos relations et l'absence de frontières rigides entre le sujet, le monde, les autres et la culture. Les psychopathologies sont tissées dans l'intrication de nos relations et de notre appartenance au monde.

4.2.1. Définition et maturation d'un concept

La chair est un concept élaboré progressivement par Merleau-Ponty. La définition et les caractéristiques qu'il en donne ne sont pas faciles à concilier [663]du fait, d'une part, de la difficulté de la positionner tout au long de sa philosophie, d'autre part, par l'importance et les nombreuses possibilités d'ouverture qui lui sont propres. Au fur et à mesure que Merleau-Ponty conteste le dualisme anthropologique, il s'inscrit de plus en plus dans un mouvement de passage de la problématique de l'incarnation à celle de la chair. Son intention est d'élaborer une philosophie du *lien,* c'est-à-dire d'une unité « anthropologique », tournée à la fois vers la coexistence et sur l'ontologie en envisageant les liens de l'homme avec lui-même, avec autrui et avec le monde[664]. Cette intention a pour origine sa préoccupation essentielle qui est de dépasser la dichotomie entre le corps et l'âme[665]. S'il y a une union entre l'âme et le corps, comment expliquer cette union ? Il essaie de trouver la réponse à cette question à partir de la chair. Cette orientation fait qu'il considère le corps comme une pièce fondamentale de son habilitation charnelle. Ainsi, être corps est une manière d'être chair *dans le* monde et *du* monde.

La notion de chair devient un concept, et même une catégorie ontologique fondamentale, dès lors que Merleau-Ponty se rend compte de l'insuffisance de ce qui est

[663] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 231.
[664] E. de Saint Aubert, *Le Scénario Cartésien. Recherches sur la formation et la cohérence de l'intention philosophique de Merleau-Ponty*. Paris : Vrin, 2005, p. 18.
[665] A. Nita, *op. cit*., p. 121.

exprimé dans la *Phénoménologie de la perception* en ce qui concerne l'unité du corps phénoménal et du corps objectif. La question de la conscience, dans le sens d'une subjectivité réflexive, s'y montre en tant que limite qu'il reconnaît : « Les problèmes posés dans PhP. sont insoluble parce que j'y pars de la distinction "conscience" – "objet" »[666]. Merleau-Ponty n'est pas satisfait par le statut d'objectivité présent dans sa thèse de 1945 et le *Visible et l'invisible* porte sur ce qui est, d'une certaine façon, vulnérable dans la *Phénoménologie de la perception*[667]. Au lieu de faire la différence entre *corps sujet* et *corps objet*, la notion de chair permet d'échapper au sens habituellement attaché au corps en instituant la chair comme matière commune assurant l'inséparabilité du corps vident et du monde sensible[668].

Avant d'explorer l'avancée que constitue la définition du concept de chair, élaborée par Merleau-Ponty, nous considérons qu'il est important de souligner ce qu'il n'est pas et aussi la confusion liée à son origine. Le concept de chair rejoint le concept husserlien du *Leib* et cela pour des raisons à la fois linguistiques et conceptuelles. Le *Leib*, en allemand, est souvent traduit en français par chair. La proximité de la signification des termes évoquant la chair et la fréquente association qui est faite de leur emploi par Husserl et Merleau-Ponty peut conduire à une équivoque, et même à une erreur d'interprétation consistant à considérer qu'il s'agit de la même chair. Ce mot peut avoir des sens différents, même si une liaison demeure entre eux. La chair chez Husserl évoque la notion de corps vécu alors que chez Merleau-Ponty elle dépasse la notion de corps et atteint le tissu commun du sujet et du monde dans une radicalisation liée à leur coappartenance. Selon Saint Aubert[669], Merleau-Ponty ne la pense certainement pas comme synonyme car il n'a jamais considéré la notion de chair comme un concept emprunté ; elle fait partie de son projet philosophique personnel. Bien au-delà d'un emprunt, sa conception de la chair vient d'un souci anthropologique guidé par l'existentialisme et par la psychanalyse[670]. Il faut se souvenir que le dernier projet merleau-pontien inachevé évoque un parcours ouvert à des interprétations importantes entre ce que montre la philosophie de l'auteur telle qu'elle nous est donnée par les textes et livres publiés de son vivant et ce qu'elle aurait pu devenir, et serait devenue à n'en pas douter, sans la disparition brutale et précoce de Merleau-Ponty.

[666] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et* l'invisible, op. cit., 253.
[667] X. Tilliette, *Merleau-Ponty ou la mesure de l'homme.* Paris: Seghers, 1970, p. 90.
[668] P. Dupond, *Le vocabulaire de Merleau-Ponty.* Paris : Ellipses, 2001, p. 09.
[669] E. de Saint Aubert, *Du lien des êtres aux élément de l'être. Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*, *op. cit.*, 2004b, p. 158.
[670] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 315.

Différents philosophes se sont intéressés à la dernière approche de l'ontologie par Merleau-Ponty et les termes employés retrouvés le plus souvent sont un passage, une rupture, un approfondissement ou encore une continuité. Sans discuter le mérite et la spécificité de chacune de ces prises de position, nous essaierons de dégager la définition et la maturation de son concept de chair. Si *Le visible et l'invisible* est l'ouvrage où ce concept est le plus développé, le texte *L'homme et l'adversité* est reconnu comme le premier où est évoquée la notion de chair. Invité à faire un exposé plutôt historique sur l'avancée de la philosophie durant la deuxième moitié du XXe siècle, Merleau-Ponty place au premier rang des notions nouvelles ce qu'il nomme corps animé et chair avec l'intention de révéler ce qu'est la condition humaine et ce qu'apportent l'émergence et l'approfondissement de la notion de chair. La chair se présente à ses yeux comme une réponse à la problématique de l'âme et du corps. Il reconnaît, dans ce texte, Freud comme celui qui a le mieux perçu « la fonction spirituelle du corps et l'incarnation de l'esprit »[671]. Tout au long de ce texte Merleau-Ponty propose, sans bien les justifier, des formules chiasmatiques qui vont marquer sa philosophie de la chair[672] et qui mettent en évidence le paradoxe caractéristique du corps vu comme chair.

Les références majeures quand la discussion concerne la notion de chair sont *Le visible et l'invisible* et les notes de travail. Dès le début de cet ouvrage inachevé Merleau-Ponty met l'accent sur le visible. Dans la mesure où le monde est ce que nous voyons, « il nous faut apprendre à le voir »[673], dit-il. Son but est de découvrir le sens d'être au monde. Ce sens ne se donne qu'au monde dans une intersection originaire avec l'univers d'autrui. Notre être est toujours atteint par la vue qu'autrui a de nous-mêmes[674]. Notre monde est visuel et a un champ et une portée tout à fait ouvertes et inépuisables en rendant concrète de l'atmosphère de notre vie. L'homme est essentiellement au monde par sa corporéité, c'est-à-dire que grâce à cette condition mondaine du corps il peut avoir accès au monde[675] et s'institue comme être (in)visible. En outre, il faut souligner que notre corps porte des particularités en fonction de sa double appartenance à l'ordre de l'objet et à l'ordre du sujet. Il est un « être à deux feuillets »[676], affirme Merleau-Ponty. Il est chose parmi les choses mais aussi ce qui voit ces choses et ce qui les touche. Dans un « seul parcours circulaire »[677], il est mouvement dans ses deux phases,

[671] Cf. M. Merleau-Ponty, « L'homme et l'adversité », 1951, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010, p. ?.
[672] E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2004b, p. 193.
[673] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le visible et* l'invisible, *op. cit*., p. 18.
[674] *Ibid.*, p. 111.
[675] A. Nita, *op. cit.*, p. 122.
[676] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le visible et* l'invisible, *op. cit.*, p. 180.
[677] Cf. *Ibid.*, p. 182.

c'est-à-dire qu'il ne peut être réduit ni à la chose vue comme objet, ni au sujet voyant. « Il y a insertion réciproque et entrelacs de l'un dans l'autre »[678] en empêchant l'établissement d'une limite entre le corps et le monde. Ses nuances sont incorporées à partir du concept de chair qui permet l'approfondissement de la problématique de la corporéité à l'égard des sens qu'il y impose.

La chair n'est ni matière ni esprit ni substance d'après Merleau-Ponty qui, pour la désigner, a recours au

> vieux terme d' « élément », au sens où on l'employait pour parler de l'eau, de l'air, de la terre et du feu, c'est-à-dire au sens d'une *chose générale*, à mi-chemin de l'individu spatio-temporel et de l'idée, sorte de principe incarné qui importe un style d'être partout où il s'en trouve une parcelle. La chair est en ce sens un « élément » de l'Être[679].

Par ce terme, Merleau-Ponty attribue à la chair le rôle de partie constitutive de l'être ; si l'homme est au monde par son corps, la chair est le principe du monde qui donne une dimension charnelle à l'être. Le sujet, l'autrui et le monde sont de la même chair. En tant qu'élément, la chair est à la fois dans l'individuel et dans l'universel. C'est cette dimension commune qui ne permet pas la séparation du sujet et du monde, du corps et du monde puisqu'ils sont unis dans une constitution réciproque. Merleau-Ponty estime qu'il y a un enchevêtrement dans lequel le corps se montre à la fois comme sujet et comme objet ; « le même corps voit et touche, le visible et le tangible appartiennent au même monde »[680]. D'après lui, il faut penser la chair « comme élément, emblème concret d'une manière d'être générale »[681].

La chair est « l'enroulement du visible sur le corps voyant, du tangible sur le corps touchant »[682], leur « moyen de communication »[683]. Elle évoque la familiarité primordiale de ce qui était pris comme différence. Merleau-Ponty, par l'intermédiaire de la chair, refuse et essaie de rompre avec les dichotomies en reconnaissant un *entrelacs* entre le corps, notre corps, et le monde. En tant que texture impliquant et exprimant l'être, la chair, celle du monde, ou la nôtre, est comprise comme *chiasme*. Il s'agit de l'intersection de l'homme avec le monde, de l'expérience objective avec l'expérience subjective à partir d'un tissage charnel commun. La

[678] Cf. *Ibidem*.
[679] Cf. Ibid., p. 184.
[680] Cf. *Ibid.,* 177.
[681] Cf. *Ibid.,* p. 193-195.
[682] Cf. *Ibid.*, p. 191.
[683] Cf. *Ibid.*, p. 178.

chair se présente selon un mode *chiasmatique,* avec un caractère éminemment ambigu et elle n'« accepte » pas les dichotomies.

Avec la notion de chiasme, figure ultime et représentative de l'unité de la chair[684], Merleau-Ponty radicalise l'enchevêtrement entre l'homme et le monde. Bien que cette notion ne soit pas nommée dans la *Phénoménologie de la perception*, elle est déjà présente par exemple lorsqu'il analyse le phénomène du sentir. La prise de conscience de la notion de chiasme empêche de concevoir une séparation ou une fusion entre sujet et objet, intérieur et extérieur – l'identité s'affirme dans la différence et l'unité dans l'opposition. Les termes habituellement considérés comme exprimant une idée d'opposition tels que voyant et visible, signe et sens, intérieur et extérieur, ne doivent leur identité que parce qu'ils sont l'« étant de l'autre »[685]. Ce chiasme n'est donc pas seulement échange moi-autrui, mais aussi « échange de moi et du monde, du corps phénoménal et du corps 'objectif', du percevant et du perçu »[686].

En refusant toute position dichotomique, Merleau-Ponty comprend que c'est « la réversibilité qui définit la chair »[687]. Il s'agit d'une réversibilité toujours imminente mais jamais réalisée car la coïncidence entre le voyant et le visible n'est jamais effective. Cette réversibilité nous ouvre à un être intercorporel dans le cercle du touché et du touchant, du voyant et du visible et en propage les échanges. Dans ses notes de travail, Merleau-Ponty aborde le chiasme et la réversibilité comme l'« idée que toute perception est doublée d'une contre-perception »[688] ; il y a une circularité originaire et puissante. Ces fondements de la chair sont la base du mouvement charnel de l'être-au-monde et permettent la caractérisation du sujet dans sa dimension d'appartenance en lui fournissant le fondement en ce qui concerne le rapport de l'homme à soi, à l'autre et au monde.

En explorant la définition de la chair, Barbaras[689] évoque trois caractéristiques : le sensible, la visibilité et l'horizon. La chair est sensible en tant que concrétion d'un sens, un double sens de ce qu'on sent et de ce qui sent. La chair est visibilité en tant que manifestation, présence comme élément vers la concrétion de toute vision. Enfin, elle doit être pensée comme horizon dans la mesure où elle est un opérateur de l'être. Dans un autre ouvrage, Barbaras définit la chair comme « le sens d'être du sujet lui-même qui, inscrit dans le monde et donc à

[684] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2005, p. 160.
[685] P. Dupond, *op. cit.*, 2001, p. 6-7.
[686] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 268.
[687] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le visible et* l'invisible, *op. cit*., p. 189.
[688] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 318.
[689] R. Barbaras, *De l'être du phénomène : sur l'ontologie de Merleau-Ponty*, *op. cit*., 2001, p. 198.

distance de son objet, en est cependant proche en ce qu'il est capable de le percevoir »[690]. Corps et chair ne sont pas et ne peuvent pas être synonymes car la chair est « la condition sous laquelle il (le corps) peut être compris »[691], écrit-il. La chair a la puissance de commander l'existence en tant que sens d'être. La condition d'être est considérée sous deux aspects distincts, selon deux plans différents : « la chair désigne l'appartenance ontologiquement du sujet au monde, le fait qu'il *en* est, alors que le corps renvoie à l'appartenance spatiale qui est commandée par cette appartenance, le fait qu'il *y* est »[692]. La chair fournit la texture ontologique du corps et du monde en tant que phénoménalisation.

Constituée par le monde et constituant le monde, la chair chez Merleau-Ponty témoigne de l'intrication du corps et du monde c'est-à-dire entre un monde qui constitue notre corps – dans la mesure où nous prenons conscience de notre corps par le contact avec le monde – et un corps qui fournit le monde. La spécificité de la chair est précisément ce double mouvement avec ces pôles inséparables[693]. En tant que style d'être[694], la chair est à la fois un mode d'habiter le monde et de le considérer comme une « manière singulière d'être corps dont le trait le plus essentiel et existentiel est d'être capacité d'ouverture à autrui et au monde »[695]. Cela évoque une « expérience de notre condition » [696], instituée comme échange entre *ma chair* et son rapport aux autres chairs – un commerce constitué dans l'empiétement entre « moi et le monde perçu, entre moi et autrui »[697]. En tant que mode d'expression, la chair exprime l'être et est animée par le désir[698] dans son ancrage corporel. Nous sommes dans le monde, avec notre corps, en étant du monde, c'est-à-dire de la *même chair*.

Merleau-Ponty, au moyen de l'ontologie, cherche le sens d'être et ce qui le constitue ; il estime que « être » et « être au monde » sont deux conditions inséparables l'une de l'autre. La notion de chair prend dès lors une grande importance, les perspectives qu'elle ouvre sont capables d'étendre la notion de corps utilisée jusqu'ici. Le corps est chair car, sans elle, il ne serait qu'une masse inerte. La chair, notre chair, est « l'unité massive de l'Être »[699] et nous enveloppe dans son amplitude. Si nous évoquons la chair dans cette thèse c'est parce que nous

[690] R. Barbaras, *Introduction à la phénoménologie de la vie*. Paris, Vrin, 2008, p. 76.
[691] *Ibidem*.
[692] *Ibid.*, p. 77-78.
[693] A. Zielinski, *Lecture de Merleau-Ponty et Levinas. Le corps, le monde, l'autre*, 2002, p. 106.
[694] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 111.
[695] E. de Saint Aubert, « Introduction à la notion de portance », *Archives de Philosophie*, 2016, p. 324-325.(317-343)
[696] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2004b, p. 201.
[697] *Ibidem.*
[698] E. de Saint Aubert, « Introduction », in *Merleau-Ponty*, dir. par E. de Saint Aubert, p. 23 (8-53), Paris, Herman, 2008.
[699] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 256.

considérons qu'une telle notion peut permettre une meilleure compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité dans la mesure où elle peut permettre la reconnaissance de la radicalité et le caractère obligatoire de notre insertion dans le monde et dans nos relations. Ainsi, parler du corps propre, du corps vécu, par exemple, de l'hyperphagique ou de l'obèse, revient à le considérer dans son tissage charnel, dans son ancrage mondain. Devenir malade n'est pas une attribution individuelle, il ne s'agit pas seulement d'un acte comportemental mais d'un mode d'être dans le monde dont les conditions de possibilités sont aussi fournies par ce monde. Ce corps de chair ne cesse pas d'affecter le monde et d'être affecté par lui dans sa profondeur, du fait de son inachèvement, mu par le rapport charnel corps et monde – condition à laquelle le sujet ne peut pas échapper. Comprendre ces modes de fonctionnement implique aussi un mode de voir en profondeur en refusant toute superficialité et en refusant aussi des réponses explicatives naïves et dichotomiques.

4.2.2. Le rapport charnel corps et monde : l'empiétement, la promiscuité et le désir

Le corps chez Merleau-Ponty traduit notre condition d'être-au-monde dans un rapport tissé par la chair. Ainsi, la chair, en tant qu'élément, révèle le sujet dans sa condition d'être *du* monde et *au* monde par son corps et avec son corps. Il s'agit d'une « coappartenance entre mon corps et le monde, entre mon corps et celui d'autrui »[700]. Pour mieux comprendre le rapport charnel entre le corps et le monde, nous présenterons trois figures de la chair, l'empiétement, la promiscuité et le désir, qui permettent la (re)connaissance de la radicalité de cette notion et ses possibles implications lors d'une approche phénoménologique des troubles alimentaires basée sur la phénoménologie de Merleau-Ponty.

L'empiétement est une figure caractéristique de la pensée et de l'écriture de Merleau-Ponty[701], surtout dans ses derniers écrits. Né entre la maturation consécutive à l'élaboration des thèses et la préparation de son livre ultime, l'empiétement implique une mutation significative de la pensée de Merleau-Ponty, après 1945, quand il commence à utiliser la puissance descriptive des figures topologiques[702]. Ses choix ne sont pas aléatoires et constituent un vocabulaire original. Dans un sens plus étymologique, on peut dire que le mot empiétement désigne l'action de déborder sur quelque chose, d'usurper la propriété d'autrui. Il peut impliquer

[700] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 180.
[701] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2004b, p. 18.
[702] *Ibid.*, p. 19.

aussi une extension ou même un excès[703]. L'empiétement chez Merleau-Ponty se présente comme une figure décrivant nos relations avec les autres car il y a un double empiétement du fait de notre appartenance à un même monde. Face à la réversibilité de la chair du monde, l'empiétement traduit la relation des dimensions du voir et celle du toucher[704]. Notre corps empiète sur le monde et est empiété par le monde dont il fait partie.

Merleau-Ponty assimile l'empiétement à une « structure existentielle », capable de compléter la « formule » de Gabriel Marcel « je suis mon corps », dans une version, apparemment plus sartrienne, qui implique la dialectique de l'existence et de l'empiétement. D'après Saint Aubert

> « Je suis mon corps » est ainsi explicité en un « je suis empiétement », à mesure que le corps est compris comme chair, et sa phénoménalité comme investissement : corps percevant, investi par les choses, corps moteur, qui s'investit et investit, corps sensori-moteur et désirant, en perpétuel échange avec son milieu et avec les autres corps. Corps sans frontières fixes, qui passe le plus clair - et le plus obscur - de son temps à déborder et transgresser les frontières de toutes choses (à commencer par celles d'autrui) pour les faire chair ou pour les détruire. Et la transgression exercée serait toujours aussi subie, indissociablement active et passive: j'existe, donc j'empiète et je suis « empiété »[705]

On comprend que l'empiètement de la chair annonce la transgression du corps dans la mesure où les frontières ne sont qu'illusoires. La dimension de l'être n'est pas réduite à notre ancrage corporel et aux limites de notre propre corps car il y a un empiétement inévitable. La condition d'être notre corps implique transgresser, et être transgressé, dans nos propres limites en radicalisant, en rendant impératif, notre rapport avec les autres, avec le monde. Ce que nous sommes est tout à fait conditionné par ce rapport d'empiétement qui fonde notre relation avec autrui.

Sans élargir la discussion sur les sources de l'empiétement chez Merleau-Ponty, on peut faire deux remarques sur cette notion qui apparaît dès *La prose du monde* et que l'on retrouve dans *Le visible et l'invisible*. La première remarque est, qu'à l'occasion des conférences faites au Mexico en 1949, où les discussions politiques et celle sur la liberté ont été assez nombreuses dans le contexte de l'après-guerre, Merleau-Ponty fait quelques références à la figure de l'empiétement dans le sens de l'impossibilité de ne pas empiéter sur la liberté d'autrui. Il s'agit

[703] Le Robert, « Empiétement », *Le Grand Robert de la langue française*, dir. par A. Rey, 2e éd. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2001, p. 2053.
[704] D. Landes, *Dictionnary Merleau-Ponty*. London : Bloomsburry, 2013, p. 70.
[705] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2004b, p. 30.

d'une condition de notre existence, de nos actions dans le monde car « l'empiétement est en réalité un ingrédient essentiel de la construction d'une communauté de vie avec autrui »[706]. Ces premières références évoquent une communauté dans le sens d'une coappartenance désignée par la suite comme chair. La deuxième remarque est la reconnaissance du roman de Simone de Beauvoir *Le sang des autres*[707] comme la source première de la compréhension du fait que nous sommes liés par empiétement. Il s'agit d'une figure qui naît dans le terreau de l'existentialisme et qui paraît caractériser les relations, assez compliquées, du trio Merleau-Ponty-Beauvoir-Sartre[708]. Dans son roman, Simone de Beauvoir évoque l'existence, hors de soi-même et partout dans le monde, comme un débordement continu. Merleau-Ponty, à partir de ce roman, montre que les situations communes sont inévitables du fait de notre empiétement, une figure de la chair. Ses réflexions sur l'empiétement lui ont permis de montrer les résonances de celui-ci avec la liberté et avec autrui, ce dernier apparaissant comme « le lieu de 'révélation' de notre incarnation »[709]. Il s'agit d'un empiétement intersubjectif qui traduit une sorte de « jonction à distance »[710] en tant que mode de se rejoindre quelque part. Tout lien est empiétement[711], ce qui revient à dire que toute relation exerce une influence effective sur autrui, sur sa liberté et sur son autonomie.

Dans le texte *La perception d'autrui et le dialogue*, publié dans *La prose du monde*, Merleau-Ponty affirme que « nous empiétons l'un sur l'autre en tant que nous appartenons au même monde culturel, et d'abord à la même langue, et que mes actes d'expression et ceux d'autrui relèvent de la même institution »[712]. Le langage et la culture sont à la fois des exemples de cet empiétement et l'une des voies de son institution. Il nous semble que dans notre monde contemporain plusieurs mécanismes, comme par exemple « internet », bouleversent de plus en plus ces modes d'institution en effaçant les frontières et en instaurant des modes communs par une transgression parfois impitoyable. Il faut retenir de tout ce qui vient d'être évoqué que même en établissant une distance entre nous (notre corps), autrui, le monde, nous sommes empiétés par les implications de ce « nouveau » mode de relation et de contact. Les normativités par rapport au corps sont aussi bouleversées, autre exemple de cet empiétement qui transgresse

[706] Cf. *Ibid.*, p. 65.
[707] *Ibid*., p. 66.
[708] Voir *Ibid.*, p. 89. Dans ce livre, E. de Saint Aubert explore largement cette relation et des implications au niveau philosophique.
[709] Cf. M. Richir, « Communauté, société et Histoire chez le dernier Merleau-Ponty », in *Merleau-Ponty, phénoménologie et expériences*, org. par M. Richir ; E. Tassin. Grenoble : Éd. Jérôme Millon, 1992. p. 13.
[710] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 269.
[711] E. de Saint-Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 295.
[712] Cf. M. Merleau-Ponty, *La prose du monde.* Paris : Gallimard, 1969, p. 194.

les limites culturelles et peut modifier nos rapports avec les autres et avec notre propre corps.

En ce qui concerne le corps proprement dit, Merleau-Ponty affirme :

> mon corps est fait de la même chair que le monde (c'est un perçu), et que de plus cette chair de mon corps est participée par le monde, il la reflète, il empiète sur elle et elle empiète sur lui (le senti à la fois comble de subjectivité et comble de matérialité), ils sont dans rapport de transgression ou d'enjambement[713].

Ce corps de chair empiète, transgresse ou encore enjambe le monde dans un tissage actif et passif, sujet et objet, visible et invisible. Il y a un échange permanent auquel l'homme ne peut pas échapper. Il y a toujours à la fois un mouvement de projection[714] du corps vers le monde, vers autrui et une introjection du monde et d'autrui en nous-mêmes ce qui produit une tension dans ce mutuel empiétement.

On pourrait dire que le corps est une marque, ou un signe, de cet empiétement qui hante le rapport du corps avec le monde. Si le corps phénoménal est le vécu propre d'un sujet dans son corps et si le corps objectif permet une intersubjectivité et la double expérience d'être vu et de se voir, malgré la séparation didactique, « corps objectif et corps phénoménal tournent l'un autour de l'autre ou empiètent l'un sur l'autre »[715]. Cependant, la violence de l'empiétement peut aboutir à des conditions permettant un déséquilibre entre ce *corps que nous sommes* et ce *corps que nous avons* (ou devrions) avoir, comme nous l'avons signalé dans le chapitre précédent. Nous ne pouvons pas reconnaître le corps comme une figure isolée, même si nous mettons l'accent sur ce corps phénoménal, car il est toujours *du* monde et *au* monde, toujours en relation avec, toujours empiétant et empiété. Autrement dit, ce qui est vécu *dans* et *par* le corps (notre corps) est empiété par les autres et par le monde, lesquels ne cessent de nous transgresser, de nous empiéter. Cet empiétement de la chair, qui marque le rapport corps et monde, (dés)approprie la dimension propre du corps pour autant que cette supposé dimension propre ne cesse pas d'être à la fois usurpée et instituée dans ce tissage charnel – ce lien inaliénable, actif et passif.

Les formes corporelles, le regard des autres et de nous-mêmes, les jugements, pour ne citer que quelques exemples, révèlent l'impossibilité de sortir de la dynamique actuelle qui met le corps au centre des préoccupations du sujet. Les troubles alimentaires peuvent être vus à la fois comme un signe et comme un certain résultat de cet empiètement qui met le corps en situation de cible et « produit » un sujet souvent perdu dans sa propre dynamique corporelle.

[713] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 302.
[714] Nous aborderons la question de la projection et de l'introjection dans le point suivant.
[715] Cf. M. Merleau-Ponty, *Le visible et l'invisible*, *op. cit.*, p. 157.

Pour reconnaître cet empiétement, il faut un autre mode de voir qui puisse à la fois faire comprendre ces modes d'existence dans leur dimension particulière et identifier ses racines dans un tissu charnel qui transgresse et marque cette subjectivité. La clinique doit incorporer ce regard afin de permettre l'expression et le dévoilement de ces phénomènes

La promiscuité, deuxième figure abordée ici, évoque aussi notre condition d'échange permanent et l'incapacité d'échapper au rapport avec autrui et à l'engagement de l'intercorporéité. Cette notion apparaît chez Merleau-Ponty au début de l'année 1955 à l'occasion de son cours sur *Le problème de la passivité* quand il analyse le cas Dora de Freud. Dans son sens habituel, le mot promiscuité signifie une chose à la fois « mêlée » et « commune » qui permet tant une communauté produite par le mélange que le mélange impur dû à la vie en commun[716]. Comme l'empiétement, sa présence n'est pas furtive ou aléatoire, puisqu'elle désigne une « structure générale de l'identité relationnelle »[717]. Cela veut dire que dans notre « système en interaction »[718] les relations (moi-autrui, moi-monde) ne peuvent pas être isolées. On vit un commerce tissé par la chair dans sa promiscuité en exprimant notre coexistence. La promiscuité, aussi bien que l'empiétement, met en évidence la radicalité, le caractère obligatoire de notre coexistence, dimension que Merleau-Ponty a souligné et qui peut générer des implications en particulier pour le regard porté vers la psychopathologie.

À partir du cas Dora, Merleau-Ponty dégage l'idée fondamentale attachée à la notion de promiscuité. La relation vécue par Dora avec son père, M. K et Mme. K illustre le retentissement d'une relation en rapport avec les autres. Ici la promiscuité est présente dans la question d'autrui qui ne peut pas être réduite à deux (ici Dora et son père ou Dora et Mr K) du fait de la présence toujours latente d'un tiers (ou plus, ici Mr et Mme K) pouvant être inclus ou exclu de la relation[719]. Ainsi, un patient ou une relation ne peut être compris(e) qu'avec un regard plus ouvert sur un système en interaction - une « chaîne ». Pour Merleau-Ponty, « le problème n'est pas moi-autrui, mais moi-système des autres, et par suite, ce n'est pas face à face de deux pour soi : l'autre n'est pas sans le pour autrui d'un tiers à qui il s'attache, et sans pour autrui en eux »[720]. Cette affirmation implique la reconnaissance que notre dimension charnelle traverse révèle le « mélange » de nos relations dans le sens qu'elle empêche une

[716] E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 205.
[717] Cf. *Ibid.*, p. 212.
[718] Cf. M. Merleau-Ponty, *L'institution. La passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955)*. Paris : Belin, 2003, p. 240.
[719] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 208.
[720] Cf. M. Merleau-Ponty, *L'institution. La passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955), op. cit.*, p. 240.

séparation complète face à la promiscuité. Nous ne pouvons pas nous échapper de la chair car nous sommes cette chair qui instaure notre mondanité et notre lien indissoluble avec le monde et avec les autres. Considérer ce système en interaction dont nous parle Merleau-Ponty peut aider à comprendre des phénomènes psychopathologiques comme par exemple les troubles alimentaires et aussi l'obésité.

Ce que Freud nomme polymorphisme[721], Merleau-Ponty l'appelle promiscuité dans le sens d'un commerce d'habitat, d'un commerce intellectuel, d'un commerce sexuel[722]. Il fait de la promiscuité « une caractéristique essentielle du tissu relationnel humain, de l'inconscient, et de leur interaction »[723]. La promiscuité exprime la complexité de la vie relationnelle tissée par les profondeurs de la chair[724] et par la puissance du corps. Même si la promiscuité est au sommet de l'intercorporéité, elle implique aussi « une promiscuité spatiale et temporelle qui est l'œuvre tissée du désir »[725]. Ainsi, on peut comprendre la relation entre les corps, les choses, l'espace et le temps comme une promiscuité ; il s'agit en fait d'une logique révélatrice de la chair.

La figure de la promiscuité a surgi alors que la psychanalyse était encore très présente dans les conceptions de Merleau-Ponty, d'où son interprétation particulière, ses critiques et ses formulations propres. En tant que mode de vivre l'espace, le temps et autrui par notre corps, la promiscuité évoque notre rapport inconscient avec autrui attaché à la vie perceptive – une « sédimentation de la vie perceptive »[726]. Notre corps, avec son pouvoir d'habitude, « sédimente », établit un rapport entre des événements et leur production de sens.

Le cas Dora montre le rapport inconscient de Dora avec autrui, rapport qui lui permet de structurer ses relations dans une coexistence au monde et aux autres. C'est un rapport de promiscuité, voire de familiarité, mais aussi d'ignorance qui s'établit en formant un système, une configuration – il s'agit ici de l'inconscient de *Dora*. L'impossibilité de mettre une limite entre ces corps caractérise cette promiscuité mise en évidence par la souffrance de Dora : « je ne suis pas plus absolu que l'autre, je suis partie de toutes les souffrances qui sont entre eux, je souffre là-bas par identification. Je suis eux »[727].

Ce système en interaction est la marque de la promiscuité des rapports corporels qui

[721] Voir S. Freud, *Cinq psychanalyses*, 1901-1918. Paris : PUF, 2014.
[722] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 210-211.
[723] *Ibid.*, p. 211.
[724] *Ibid.*, p. 213.
[725] Cf. *Ibid.*, p. 214.
[726] Cf. M. Merleau-Ponty, *L'institution. La passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955), op. cit.*, p. 213
[727] *Ibid.*, p. 240.

révèle l'inconscient comme « matrice symbolique laissée par l'événement »[728]. C'est dans ce sens que Merleau-Ponty situe la psychanalyse dans une dimension existentielle comme « révélation de l'intercorporéité du montage *Ego*-autrui, tel qu'il est réalisé par chacun, du système symbolique installé dans notre machine à vivre »[729]. Alors que nous sommes éminemment un rapport (avec les autres), les autres le sont aussi, ce qui engendre une promiscuité qui implique l'« indivision de mon corps, de mon corps et du monde, de mon corps et des autres corps, et des autres corps entre eux »[730]. Il y a un mélange des schémas corporels. Chaque relation est établie avec une infinité d'autres dans notre monde commun. Comme dans le jeu de « poupées russes »[731], cité par Merleau-Ponty, les pièces, dans leurs rapports, sont entremêlées les unes dans les autres et tout est habillé par la chair comme « corps de promiscuité »[732].

L'homme est « toujours en cours d'incarnation inachevée »[733], puisque il est tissé par ce rapport et se présente en tant que possibilité face à des échanges vécus et à vivre. Cette caractéristique nous met vraiment dans une position à la fois active et passive dans une chair qui « porte depuis toujours et à jamais les stigmates de l'existence d'autrui »[734]. Nous sommes en réalité ce rapport (avec autrui et avec le monde) et dans une condition d'inachèvement et de blessure, « Le corps humain vit et souffre un secret d'empiétement et de promiscuité, ce secret de l'altérité que la conscience s'emploie à neutraliser »[735]. Nous sommes faits de ce mélange, de l'échange permanent auquel on essaie, sans succès, d'échapper. Il s'agit de penser le sujet comme s'il n'était rien d'autre qu'un rapport avec les choses, avec autrui, avec le monde. Cependant, il est aussi ouverture d'un champ, inachèvement, possibilités, même s'il ne peut pas « échapper à l'empiètement et à la promiscuité d'autrui, et du monde »[736].

Les figures de l'empiétement et de la promiscuité sont utilisées par Merleau-Ponty pour montrer l'amplitude de la chair et le rôle qu'elle joue pour faire comprendre la condition d'être-au-monde toujours en relation avec les choses, autrui, le monde. Ce parcours édifie une philosophie du lien qui marque le corps et se présente comme sa condition de possibilité – un corps qui ne cesse pas d'empiéter et d'être empiété en vivant une promiscuité révélatrice d'une

[728] *Ibid.*, p. 223.
[729] *Ibid.*, p. 246.
[730] Cf. M. Merleau-Ponty, M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain, », *op. cit.*, p. 246.
[731] Cf. M. Merleau-Ponty, *L'institution. La passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955), op. cit.*, p. 240.
[732] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 227.
[733] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 263.
[734] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 163.
[735] Cf. *Ibid*., p. 164.
[736] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2004b, p. 315-316.

chaîne où il se trouve et ne peut pas se dissocier. Une réflexion s'impose ici car, même lorsque l'on parle de l'expérience vécue, ce tissage charnel institue nos relations donc intervient. Il s'agit d'un sentir qui est qui est constitué dans notre commerce avec le monde. Parmi les conséquences en résultant apparaît l'impossibilité de penser une psychopathologie qui ne soit pas constituée dans ce tissu commun du corps et du monde, du sentant et du senti – dans la chair, notre chair, la chair du monde.

Si l'empiétement et la promiscuité évoquent le rapport charnel du corps et du monde, Merleau-Ponty estime que c'est le désir qui tisse la chair du monde, qui unit les êtres, « la membrure commune de mon monde comme charnel et du monde d'autrui »[737]. Ainsi, le désir est l'opérateur de la promiscuité des corps, des perceptions, de l'espace et du temps. Il s'agit du « principe animateur et toujours novateur du schéma corporel »[738]. Le passage progressif du corps propre au développement de la notion de chair chez Merleau-Ponty implique aussi un changement important : le désir « remplace » la perception pour établir un rapport d'être. Le désir est le mode d'être de la chair, la structure charnelle du corps comme ouverte et toujours en rapport, puisque il est puissance d'investissement de la chair[739].

En tant qu'ouverture à l'être[740], le désir, chez Merleau-Ponty, porte une dimension fondamentale liée à la fois à sa dimension sexuée et ontologique[741], révélatrice du sens de l'existence, d'une manière d'être. Sans pouvoir être réduit à un état psychique, ou même à une simple représentation ou émotion, il est une disposition du schéma corporel[742], une puissance d'investissement capable d'accomplir notre lien d'appartenance, ancré dans le circuit avec le monde, dans un mouvement d'incorporation. Autrement dit, en tant qu'ouverture à l'être, « notre schéma corporel se projette dans les autres et les introjecte, les désire »[743]. Ainsi, nos modes de désir sont à la fois façonnés par les autres et les façonnent, révélant nos modes d'être et la puissance de la chair dans ce circuit qui n'aura jamais de fin.

Le désir est le sol de la chair et la chair est le sol du désir[744] – un cercle d'où on ne peut pas sortir et qui a le corps comme véhicule, comme le « *je* » du désir. Cependant, il s'agit d'un

[737] Cf. M. Merleau-Ponty, M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain, », *op. cit.*, p. 287.
[738] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 338
[739] M. Testu. Merleau-Ponty : une ontologie du désir. *Philosophy*, 2015. Disponible sur : www.dumas.ccsd.cnrs.fr; p. 88.
[740] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 21.
[741] *Ibid.*, p. 357.
[742] *Ibid.*, p. 124.
[743] Cf. M. Merleau-Ponty, M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain, », *op. cit.*, p. 285.
[744] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 385.

« *je* » indéterminé, fonction de son ouverture et sa double dimension. Ce corps de chair ne peut être un « *je* » qu'en étant autre, qu'en étant au monde et du monde. La dimension double de la chair (passive/active, sujet/objet, etc.) est présente aussi dans le désir, lequel détermine la chair dans son rapport avec les autres, avec le monde, et investit les êtres aussi bien qu'il se laisse investir en retour. Le désir est à la base de toute constitution de sens : le désir pour le monde est une transcendance dans l'immanence qui traduit une proximité[745]. Il nous dépasse sans supprimer notre appartenance liée à un pouvoir d'accomplir ce que la perception ne fait qu'esquisser, comme l'affirme Merleau-Ponty dans la préface de *Signes*. Le philosophe précise encore, dans les cours sur la nature, que la perception est un mode de désir[746], nous avons déjà signalé cela dans le chapitre précédent. Or, en se présentant en tant que telle, la perception est vue comme tout traversée par notre tissage charnel. Percevoir quelque chose n'est pas un acte isolé, celui d'une conscience vers un objet, mais l'évocation d'un sens ancré dans notre appartenance au monde mû par un désir qui est constitué aussi dans cette appartenance. Le désir, dans ce sens, compose la perception, instaure son sens et se présente comme la « vérité » pour le sujet, ce qu'il voit réellement. Il introduit la chair dans nos rapports, élargit la perception au-delà d'un mode de connaissance, traverse notre mode de voir le monde et s'inscrit dans nos relations. Aussi, le désir implique-t-il de considérer la chair comme un rapport d'investissement mû par une dialectique mondaine incapable d'être synthétisée, voire définie.

L'empiétement, la promiscuité et le désir, en tant que figures de la chair, et avec leurs nuances, montrent le rapport charnel entre le corps et le monde. Notre intention ici était de mettre en évidence la manière dont la chair institue ce rapport. Il s'agit d'un corps singulier qui ne cesse de tisser et d'être tissé par la chair laquelle « désigne la structure du corps humain, la réversibilité imminente de ce tissu particulier de l'Être »[747]. Pour saisir le corps il faut le dépasser, c'est-à-dire reconnaître son appartenance au monde et admettre les qu'il ne cesse d'établir. C'est avec la chair que l'on peut parvenir à une compréhension plus large permettant de reconnaître tant la singularité du corps propre que son rapport incessant avec le monde. Le concept de chair étend la portée d'une approche phénoménologique du corps propre.

[745] A. Zielinski, *op. cit*., 2002, p. 125.
[746] Cf. M. Merleau-Ponty, M. Merleau-Ponty, « Le concept de nature, 1959-1960. Nature et logos : le corps humain, », *op. cit.*, p. 272.
[747] Cf. Larison, M. *L'être en forme. Dialectique et phénoménologie dans la dernière philosophie de Merleau-Ponty*. Paris : Éditions Mimésis, 2016, p. 171.

4.2.3. La chair en tant que phénomène du miroir et son pouvoir d'incorporation

Notre point de départ ici est l'étonnante affirmation de Merleau-Ponty dans les Notes de travail du *Visible et l'invisible* : « la chair est *phénomène de miroir* et le miroir est l'extension de mon rapport à mon corps »[748]. Cette phrase illustre la position récurrente qu'il assume lors de ses derniers écrits en ce qui concerne « le miroir », figure souvent évoquée dans la psychanalyse, et base sur laquelle le concept de chair est forgé, incluant de façon croisée la psychanalyse, la neurologie avec le schéma corporel et la psychologie de la forme[749]. Le miroir met en évidence le fait que la phénoménalité de la chair peut brouiller le corps objectif et le corps phénoménal. Une communauté est établie entre le corps vécu et son image « extérieure » en révélant la condition double de la chair (d'être ici et là-bas, dedans et dehors). Le miroir « exprime l'inachèvement essentiel de la chair, qui engage dans toute perception un travail d'incorporation et, de là, une ébauche d'intercorporéité »[750]. Ainsi, on peut dire que, d'après Merleau-Ponty, la chair est un « phénomène de miroir » qui révèle nos modes d'être (et aussi ceux des autres), nos modes d'être-au-monde et aussi la visibilité qui nous porte un attachement, le lien (ou même parfois le mélange) entre le *corps obje*t et le *corps sujet*.

Bien que la notion de miroir puisse être considérée comme un point important de sa philosophie de la chair, il faut reconnaître que les premières réflexions sur ce sujet sont liées d'abord à la question de l'enfance, surtout pendant la période des cours faits à la Sorbonne, et que ces réflexions sont dues aux résultats de l'analyse et de la critique des travaux de Wallon et de Lacan. Au-delà de la discussion relative à l'enfance et à la constitution de la subjectivité, l'intérêt ici est de comprendre la spécificité de l'approche merleau-pontienne du miroir et ses possibles contributions à la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité. Le miroir, en effet, au-delà d'évoquer la visibilité du corps propre, instaure une problématique dans la mesure où il nous oblige à faire face à notre corps et aussi nos relations avec autrui et le monde : il révèle la phénoménalité de la chair. Evidemment, ce miroir qui nous met en scène en tant que « Je » depuis l'enfance, comme l'a bien montré Wallon, Lacan, Merleau-Ponty et bien d'autres, continue à nous façonner et à nous engager dans notre condition de changement, d'inachèvement et de vulnérabilité durant toute notre vie.

La lecture de Wallon a permis à Merleau-Ponty de comprendre que le schéma corporel dès son origine investit et est investi par d'autres schémas et que cela est révélé par l'expérience

[748] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de travail », in *Le visible et l'invisible*, *op. cit.,* p. 309.
[749] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 165.
[750] Cf. *Ibid.,* p. 166.

du miroir[751] montrant le parcours proposé vers la représentation symbolique du corps propre et aussi sur son unification. Cependant, Merleau-Ponty critique malgré tout cette dimension wallonienne qui lui paraît trop intellectualiste dans la mesure où, à son avis, l'enfant face au miroir, lorsqu'il parvient à établir une distance au sujet de son image, vit une restructuration de son expérience. Avec le processus d'individualisation du corps propre, attaché à des expériences spéculaires et en accord avec ce que lui a apporté par la suite la psychanalyse, surtout celle prônée par Lacan, Merleau-Ponty voit la possibilité d'un progrès[752] sur la question du miroir et ses implications. Il faut dire que l'une des confrontations les plus riches d'enseignement, parfois la plus prégnante[753], entre la psychanalyse et la phénoménologie a bien été celle due à Lacan et à Merleau-Ponty.

En ce qui concerne Lacan et la question du miroir proprement dit, Merleau-Ponty se consacre surtout à l'article *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*. En considérant le miroir comme un véritable stade, Lacan reprend et élargit les idées de Wallon – cela est bien reconnu – vers un processus d'identification qu'il définit comme la « transformation produite chez le sujet, quand il assume une image »[754]. Le seuil du monde visible est le miroir, avec lequel l'enfant vit une expérience d'identification fondamentale permettant la conquête de l'image de son propre corps. Contrairement à Wallon, Lacan dramatise cette expérience dans la mesure où il souligne la fragilité de l'enfant, sa détresse devant cette expérience qui pour lui est une expérience fantasmatique du corps morcelé[755]. L'enfant vit une ambivalence entre l'identification et l'aliénation qui va le marquer toute sa vie. La différence essentielle entre Wallon et Lacan sur ce sujet est que Wallon y voit l'unification progressive du schéma corporel, tandis que Lacan décèle une dispersion angoissante et qui aboutit à son équivocité identitaire[756].

Le stade du miroir lacanien montre le processus de « décentration » de l'enfant et, par ailleurs, son ouverture au monde[757]. Cette idée convient à Merleau-Ponty pour autant qu'elle atteint des « *rapports d'être* avec le monde, avec autrui »[758]. Ainsi, une fonction narcissique

[751] D. S. Verissimo, « Sur la notion de schéma corporel dans la philosophie de Merleau-Ponty : de la perception au problème du sensible », *op. cit.*, p. 511.
[752] *Ibid*., p. 512.
[753] Duportail, G.-F. *Les institutions du monde de la vie. Merleau-Ponty et Lacan*. Grenoble : Éditions Jérôme Million, 2008, p. 77-78.
[754] Lacan, J. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », 1949, in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 94.
[755] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. p. 170-171.
[756] *Ibid*., p. 172.
[757] D. S. Veríssimo, *op. cit.*, p. 512.
[758] Cf. M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », 1951-1952, in *Parcous*, *op.* cit., p. 204.

s'installe en même temps que se produit l'intrusion de l'autre, du monde – Il y a une tension, « une restructuration du schéma corporel »[759], ce qui démontre l'importance de l'image spéculaire dans le développement de l'enfant et dans l'apprentissage. Néanmoins, cela va au-delà du cognitif. Une phrase de Merleau-Ponty attire l'attention : « Reconnaître son image dans le miroir, c'est pour lui (l'enfant) apprendre *qu'il peut y avoir un spectacle de lui-même* (…) il devient capable d'être *spectateur de lui-même*. Par l'acquisition de l'image spéculaire l'enfant s'aperçoit qu'il est *visible* et pour soi et pour autrui »[760]. Cette visibilité sera perpétuée, vécue et chaque fois plus mélangée du fait de l'ambiguïté voyant-vu, une marque de la chair, de notre chair. Mais être visible cela revient aussi à être jugé, évalué et obligé d'être dans un corps lequel est au monde et ne peut se cacher. Une fonction narcissique s'est installée pendant l'enfance en même temps qu'une ouverture pour une contemplation de soi qui peut, ou même tend, d'une certaine façon, à ne pas être harmonique.

Les troubles alimentaires, de façon générale, peuvent être un bon exemple car ils révèlent souvent un sujet qui souffre avec son corps, avec son corps vu dans le miroir, avec son corps qui ne cesse pas d'être visible (par lui-même et par les autres) et qui est vécu comme s'il était en désaccord avec le corps « idéal », le corps recherché ; la contemplation du corps sans souffrance est devenue impossible. En acquérant une visibilité, le « corps est placé sous la juridiction du visible »[761], affirme Merleau-Ponty. Si le corps est ce qui se présente en tant que le plus visible et le point d'ancrage dans le monde, il est constamment soumis à des jugements basés sur cette visibilité. Cependant, ce qui voit (autrui) et ce qui est vu (le corps du sujet) n'est pas qu'une impression d'autrui sur le sujet et réciproquement, mais le résultat de notre dynamique relationnelle et culturelle. Toute cette dynamique, mise en évidence par le miroir, permet de comprendre comment le déséquilibre, le brouillage entre ce *corps que nous avons* et ce *corps que nous sommes* est bouleversé par le corps vu dans le miroir. Ce corps de chair qui est réfléchi par le miroir, est notre corps mais c'est aussi la façon dont il est vu par les autres, par le monde.

La lecture du miroir chez Lacan permet à Merleau-Ponty de retrouver « certaines lignes de sa philosophie de l'existence, en particulier la cohésion fragile de la chair et les menaces de l'empiétement, le miroir permettant aussi bien la fermeture narcissique que l'intrusion

[759] M. Merleau-Ponty, « Méthode en psychologie de l'enfant », in *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Paris : Verdier, p. 527.
[760] Cf. M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », 1951-1952, in *Parcous*, *op.* cit., p. 202.
[761] M. Merleau-Ponty, « Méthode en psychologie de l'enfant », *op. cit.*, p. 527.

d'autrui »[762]. En outre, il apprécie aussi la manière dont Lacan, avec son introduction du stade du miroir, critique les philosophies de la conscience et même l'existentialisme sartrien. Cependant si Merleau-Ponty s'intéresse à la conception lacanienne, son conception du miroir « ne coïncide pas avec celle de Lacan, et demeure ancrée dans l'approche wallonienne de la psychogenèse du corps propre »[763]. Il met en évidence la signification affective et l'imaginaire en laissant de côté la dimension symbolique, reprise ultérieurement avec la médiation de Schilder[764].

C'est après le cours intitulé *Les relations avec autrui chez l'enfant* que Merleau-Ponty s'éloigne de la position prise par Lacan et, en prolongeant les études sur le miroir de Wallon et même de Lacan, impose, selon de Saint Aubert, la figure centrale du *voyant-vu*, travaillé dès *La prose du monde* où il essaye de révéler la coappartenance entre notre corps et le monde, entre notre corps et celui d'autrui[765]. Cependant, il y a ici un certain écart temporel entre ces écrits et la manière dont il positionne le miroir en 1960. Cette prise de position tardive, centrée sur la chair en tant que phénomène de miroir, est due à une double influence. La première influence est celle de la *Gestaltheorie*, et notamment celle de Wolfgang Metzer avec ses travaux sur la perception visuelle. Les expériences de Metzer ont fourni à Merleau-Ponty des sources illustratives et ont contribué à montrer que « le traitement merleau-pontien tardif du miroir n'est pas un élargissement du touché-touchant husserlien »[766], association souvent faite. La deuxième influence est celle de Paul Schilder, auteur déjà évoqué préalablement dans la discussion sur le schéma corporel, qui permet de comprendre la convergence de ces influences et le résultat sur les réflexions ultimes de Merleau-Ponty tant sur le voyant-vu que sur la notion de *généralité charnelle*[767].

Schilder, dans son approche du miroir, indépendante de celle de Wallon et alors qu'il ne connaissait pas les travaux de Lacan, considère l'*inachèvement comme* une caractéristique permanente du schéma corporel affectant la structuration identitaire de celui-ci. Ainsi, la conception d'être un corps, notre corps, s'élargit-elle si l'on admet que l'inachèvement est une marque, une caractéristique, ce qui revient à dire que l'« être est fondamentalement inachevé, ce qui induit une corrélation secrète entre *être son corps* et *être au monde, être à autrui* »[768]. Cette compréhension apporte des implications dans la mesure où elle induit la dimension

[762] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 173.
[763] Cf. *Ibid*., p. 167.
[764] *Ibid*., p. 175.
[765] *Ibid.*, p. 180.
[766] Cf. *Ibid.*, p. 186.
[767] *Ibidem.*
[768] Cf. *Ibid.*, p. 187.

transitoire de l'être-au-monde, toujours en relation et donc incapable d'être vu de façon fermée et réduite. Nous sommes notre corps mais aussi ce qu'il peut devenir dans sa relation avec le monde et avec les autres – l'être est un « je peux ». La conséquence est que l'on peut envisager un corps qui n'est plus un corps propre ou, au moins, qui ne permet plus une certaine plénitude – celle d'un corps qui serait nôtre – car ce qu'il est ne cesse d'être en corrélation et donc change constamment.

C'est notre « incomplétude » qui nous fascine face au miroir. Si notre corps (ou même l'image que nous avons de lui) ne changeait pas, il n'y aurait pas lieu de le regarder, de le contempler très fréquemment face au miroir car nous avons une « appétence pour le miroir »[769]. Cet inachèvement porte un poids : il nous exproprie de notre corps propre et peut bouleverser notre relation avec les autres, avec le monde. Pour Schilder, notre corps n'est pas plus propre que celui d'autrui et « tous ces individus extérieurs à nous-mêmes nous sont nécessaires pour construire l'image de notre propre corps ». Autrement dit, « chacun construit son image du corps dans le contact avec les autres »[770] dans un effort perpétuel de construction et d'élaboration du schéma corporel. Dans un manuscrit inédit et non publié, Merleau-Ponty pose la question : « Pourquoi nous avons construit des miroirs : pour *nous* voir, convertir le voyant en visible, achever notre corps »[771]. Le miroir poursuit la dynamique voyant-vu et nous conduit vers un nécessaire essai d'achèvement d'un corps toujours inachevé. Plus que la question du pourquoi la construction des miroirs, il faut se demander pourquoi le miroir est-il si important pour nous ? Dans une société tournée vers l'image, le miroir, avec toutes ses significations et ses impacts, joue un rôle de plus en plus important.

D'après Saint Aubert, même si Merleau-Ponty ne départage pas Lacan et Schilder, il privilégie nettement ce dernier car il retrouve, dans les conceptions de cet auteur, des aspects qui lui sont familiers, liés par exemple à la perception et à l'intercorporéité[772]. L'exemple de la pipe au miroir[773], donné par Schilder (et rapporté ci-dessus), révèle la communauté effective

[769] Cf. P. Schilder, *op. cit*., p. 285.
[770] Cf. *Ibidem*.
[771] Cf. M. Merleau-Ponty, « Notes de préparation du cours (cours du jeudi, janvier-avril 1961) », in *Notes de cours 1959-1961*, cours du 2 février 1961, p. 161; cité dans E. de Saint Aubert, *op. cit*., 2013, p. 198.
[772] E. de Saint Aubert, *op.* cit., 2013, p. 187.
[773] « Dans la sphère de la perception, une expérience simple nous rappellera une communauté entre le corps et son image extérieure. Je m'assieds devant un miroir, à trois mètres environ. Je tiens ma pipe dans ma main et je regard dans le miroir. Je serre très fort mes doigts sur la pipe et je sens très nettement la contraction de mes doigts. Mais si je regard intensément le reflet de ma main dans le miroir, j'arrive à sentir nettement la même contraction à la fois dans mes vrais doigts et dans ceux qui sont à trois mètres de moi, dans le miroir. Même si j'oriente ma pipe de façon qu'elle me cache la main, j'arrive encore à sentir, bien qu'avec une certaine difficulté, la pression des doigts sur la pipe dans le miroir. C'est donc que la sensation n'est pas seulement dans ma vraie main mais aussi dans la main du miroir » (Cf. P. Schilder, *op.* cit., p. 239-240).

entre le corps vécu et son image « extérieure » ou encore la possible intégration de la réflexivité du toucher à celle de la vision[774]. Merleau-Ponty commente cet exemple, repris par Saint Aubert dans ses recueils. Dans *L'Œil et l'Esprit*, après avoir indiqué les sensations évoquées par Schilder lors de l'observation devant le miroir, Merleau-Ponty affirme que le « fantôme du miroir traîne dehors ma chair, et du même coup tout l'invisible de mon corps peut investir les autres corps que je vois »[775]. Il met l'accent sur le « jeu » qui s'installe face au miroir, exposant la chair et la dynamique du visible (et de l'invisible des relations). L'« l'homme est miroir pour l'homme »[776], affirme-t-il. Avec cette affirmation, il pose le miroir comme « l'instrument d'une universelle magie qui change les choses en spectacles, les spectacles en choses, moi en autrui et autrui en moi »[777], c'est-à-dire que, au-delà d'un objet, le miroir porte un pouvoir de changement et de positionnement du sujet face à soi-même et à autrui ; il bouleverse cet inachèvement dont on a parlé et accentue le mélange de notre tissu charnel. Face au miroir, il n'y a pas que nous-mêmes, il n'y a pas qu'un *corps objet* reflété, tout est brouillé.

Merleau-Ponty trouve chez Schilder une source d'inspiration en ce qui concerne la composition de la chair comme phénomène du miroir et, à partir de ces réflexions, désigne le circuit originaire du voyant-vu que porte le miroir. Il s'agit d'un circuit ouvert qui montre l'éminente circularité de l'incorporation. Merleau-Ponty élargit ainsi le phénomène du miroir vers un circuit de relations, de coappartenance dont « le regard d'autrui est miroir, les autres êtres humains sont 'miroirs pour moi par leur corps' »[778]. Il y a une susceptibilité, voire une vulnérabilité, du fait de la condition d'être miroir de notre chair, ce qui révèle notre rapport au monde toujours marqué par nos projections et introjections. La chair fait de toute chose un miroir et devient elle-même miroir d'autrui et du monde. C'est un « ensemble circulaire » de directions de sens. Ce corps de chair dénote la complicité du sujet avec le monde[779], c'est-à-dire l'impact réciproque du monde sur le sujet et du sujet sur le monde. Le miroir montre cet impact et son importance dans un monde, notre monde, hanté par autrui mais qui demande et aussi impose un engagement à la fois actif et passif.

Nous avons évoqué ici le miroir comme une figure de la chair, sujet important puisque Merleau-Ponty le situe au centre d'une tentative d'achever notre corps face à notre être inachevé, de le contempler, de le contrôler et de le régler constamment, bien qu'ancré dans

[774] E. de Saint Aubert, *op.* cit., 2013, p. 188.
[775] M. Merleau-Ponty, *L'Œil et L'Esprit, op. cit.*, p. 33.
[776] *Ibid.*, p. 34.
[777] *Ibidem.*
[778] Cf. E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 197.
[779] A. Zielinski, *Lecture de Merleau-Ponty et Levinas. Le corps, le monde, l'autre*, 2002, p. 297.

l'(in)visible. Le miroir, au sens large, est capable aussi de brouiller le réel et l'imaginaire, le sujet et le monde, le corps sujet et le corps objet et il est impossible de lui échapper. Cette approche amène à modifier le mode de concevoir le sujet qui se met face au miroir en élargissant la démarche vers la dimension du visible et de la chair. Il ne s'agit pas ici d'établir des nuances du vécu spéculaire dans les troubles alimentaires et de l'obésité mais de signaler que la figure de la chair, vue comme miroir, nous force à réfléchir sur la radicalité de notre coexistence et sur la puissance de la dialectique du visible. Grâce au miroir, nous sommes en acte voyant (donc sujet) et visible (objet). Cependant, ce que nous voyons dépasse souvent cette « simple » dynamique sujet et objet. Nous aborderons dans cette thèse le corps d'un sujet qui n'a plus de contrôle sur ses actes alimentaires, qui souffre de sa condition corporelle, comme s'il était une sorte d'otage de ce corps, et qui n'est pas souvent en harmonie avec ce corps quand il le voit, le contemple et qu'il essaie en vain de régler ses envies et ses besoins. Le miroir montre une image située bien au-delà de nous-mêmes ; il instaure un vrai circuit qui n'arrête jamais : ses reflets ne cessent de nous atteindre et de mettre en accent notre visibilité. Cette dynamique met en jeu le processus d'incorporation qui sera le dernier point de discussion que nous aborderons ici.

Le pouvoir d'incorporation de la chair est en effet lié à la question du miroir. Nous avons certes mentionné ci-dessus l'incorporation mais sans toutefois élargir cette notion et sans la confronter à l'objet de notre thèse. Le mot incorporation renvoie toujours à une relation impliquant le corps dans son contact avec le monde, avec les autres, avec la culture mais aussi avec la nourriture ou encore avec l'acte de manger, tout en ayant une intentionnalité corporelle. Ce mode d'incorporation (projection-introjection) caractérise les dernières descriptions merleau-pontiennes de la chair[780] et résulte des réflexions de cet auteur sur la psychanalyse – surtout celle de Mélanie Klein et de Paul Schilder – et de l'influence de celles-ci sur sa pensée. D'après Saint Aubert, les relations de Merleau-Ponty avec l'œuvre de Klein sont celles qui sont allées le plus loin, tant dans le sens d'une grande proximité que dans le sens d'une certaine distance, d'où une ambiguïté révélatrice de l'évolution de ses conceptions. La lecture de Klein se situe dans deux moments clef de la maturation du concept de chair : entre la fin de 1950 et le début de1952, à l'occasion des cours faits à la Sorbonne puis lors de la préparation de la troisième série de cours sur *La Nature* pendant les premiers mois de l'année 1960[781]. Merleau-Ponty reconnaît que les travaux de Melanie Klein constituent une avancée majeure en

[780] E. de Saint Aubert, *op. cit.*, 2013, p. 121.
[781] *Ibid.*, p. 277-278.

considérant la psychanalyse comme une action sur le corps explorant les « premiers phénomènes d'*incorporation* et leur pouvoir profondément structurant »[782] et il reconnaît aussi que « Les mécanismes psychologiques d'introjection et de projection, au lieu d'apparaître comme des opérations sexuelles, doivent être comprises comme des modalités mêmes de l'activité du corps »[783] : ce sont des « fonctions constantes du corps »[784], nous vivons alors tous sous ce régime d'incorporation qui atteint le corps que nous habitons. Il faut dire que ces affirmations de Merleau-Ponty sont liées à ses réflexions sur les relations de l'enfant avec autrui – une relation établie d'abord dans une corporéité en tant que moyen d'accéder au monde mais avec une tension dedans-dehors qui lui est propre.

Merleau-Ponty évoque aussi la question du surmoi étudiée par Klein qui estime que sa formation apparaît dès les premières relations avec autrui. Cette conception lui paraît à la fois importante et originale, évoquant un premier mouvement d'introjection qui inclut non seulement le corps des parents mais tous les objets : il s'agit d'un univers, d'un ensemble. C'est dans ce sens que Merleau-Ponty affirme que toute perception, toute relation est « 'digérée' par nous »[785]. Ce point de vue permet de mieux comprendre par exemple les goûts et les dégoûts des enfants envers la nourriture. L'acte de manger traduit des affects de l'enfant : il est « en corrélation avec son évolution affective »[786]. Sans doute, nos actes alimentaires sont portés par nos relations (et les portent). Il y a un long parcours entre le fait d'être nourri pendant l'enfance et celui se nourrir tout seul ensuite, un parcours qui conduit à pouvoir choisir, mesurer et contrôler ce que l'on mange. L'une de ses caractéristiques est l'entrée du corps comme sujet et objet, toujours inachevé, toujours en changement mais visé et contrôlé de plus en plus. Ainsi, des modes d'être s'édifient en relation avec le monde établi et vécu par un corps qui doit manger pour (sur)vivre, autrement dit, un corps qui met en jeu ses actes alimentaires, toujours dans une certaine situation. Bien évidemment, il faut manger mais les conséquences de cet acte (ou même de son absence) vont bien au-delà de la survie – le corps est en scène dans son mouvement avec le tissage charnel qui traduit ce pouvoir d'incorporation.

Avant le cours sur *La Nature*, dans un entretien sur la psychanalyse avec Georges Charbonnier en 1959, entretien publié en 2016 et déjà cité par E. de Saint Aubert avant même sa publication, Merleau-Ponty signale la place importante de l'incorporation et la dimension

[782] Cf. *Ibid.*, p. 279.
[783] Cf. M. Merleau-Ponty, « Les relations avec autrui chez l'enfant », 1950-1952, in *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949*-1952, *op.* cit., p. 359
[784] Cf. *Ibid.*, p. 360.
[785] Cf. Ibid., p. 361.
[786] Cf. *Ibid*., p. 362.

essentielle, dans la psychanalyse, de la relation avec les autres. Il affirme que les analystes disent que :

> dans nos relations avec les autres, il y a constamment projection et introjection, c'est-à-dire que je place en moi-même, en quelque sorte, un individu auquel je suis attaché (…) Je le mets en moi-même, il devient partie de moi-même, et inversement d'ailleurs, la connaissance que j'ai de lui est tout entière tissée ou issue de ma propre substance, de ma propre vie[787].

Il reconnaît la puissance de ces notions et attribue à Freud le mérite de les avoir introduites, même si elles n'étaient pas nouvelles et n'avaient pas la force actuelle. Ainsi, la reconnaissance de ce jeu d'introjection et projection qui soutient l'incorporation implique, selon lui, un « tout autre rapport, qui fait que ma personnalité, je ne peux pas la définir entièrement en dehors des vues que les autres ont sur moi et que je devine à travers leur regard et leur conduite, de même qu'ils sont faits de ma substance »[788]. Ce passage cité ici, non diffusé par Charbonnier à l'époque, explicite le processus que l'on vit depuis l'enfance et montre l'indivision des êtres et l'échange permanent qui supprime la possibilité de toute définition préalable. Il y a un mouvement, ou même une dynamique, dicté par la chair avec ce pouvoir d'incorporation dont la cible est toujours le corps. L'incorporation est soutenue dans la dynamique active-passive de l'être humain et dans la réversibilité et la tension dedans-dehors. Ce « qui nous sommes » est largement marqué par nos introjections et projections, un processus qui peut évidemment ne pas être harmonieux. Le mode selon lequel les autres nous voient nous affecte, ce qui peut par exemple bouleverser notre mode de nous voir nous-mêmes, surtout si l'on considère la puissance, d'ailleurs introjective, de ce regard de l'autre. Nous pouvons voir le monde et les autres, probablement par ce biais et avec une certaine tendance projective, comme partie d'un jeu circulaire régi par des incorporations. Il s'agit aussi, il faut le dire, d'une dynamique qui peut changer ou encore qui est toujours en changement face à notre coappartenance et au contact avec les autres dans le monde. L'absence de cette ouverture peut d'ailleurs être le signe d'un mode de vie pathologique ou rigide face à notre mondanité.

L'incorporation – qu'il considérait comme le meilleur de ce qu'a apporté la psychanalyse – est un sujet qui a fasciné Merleau-Ponty, en particulier en ce qui concerne la dynamique actif-passif et la réversibilité tensionnelle dedans-dehors propre à l'incorporation. Cependant, d'après Saint Aubert, il n'a pas bien analysé tout le processus d'incorporation, **au**

[787] Cf. M. Merleau-Ponty. « La psychanalyse », in *Entretiens avec Georges Charbonnier et autres dialogues 1946-1959*. Paris : Verdier, 2016, p. 291.
[788] *Ibid*., p. 292.

moins selon le modèle psychanalytique, et a conféré une dimension relationnelle, voire existentielle, qui n'est pas celle admise par la psychanalyse et qui se trouve décalée par rapport à elle[789]. Saint Aubert évoque même la possible insuffisance de l'incorporation pour rendre compte de l'ampleur et de la radicalité de notre vie relationnelle : « nos relations ne sont pas toutes incorporation »[790]. Comme l'homme est un « nœud de relations »[791], même sans atteindre l'amplitude maximale de la vie relationnelle, l'incorporation se présente comme un mode de relation engagé par la perception, la chair gravitant autour. Tout cela met en évidence la capacité d'ouverture à autrui et au monde, celle d'« ouverture à l'être » qu'est la chair, comme le souligne Saint Aubert. Cette ouverture porte l'incorporation, même si elle n'est pas toujours présente ou s'y montre incapable d'élucider la complexité de nos relations.

Sans trop nous éloigner de notre réflexion sur ce sujet, il est possible d'évoquer les affects et les émotions comme faisant partie du processus d'incorporation. Cette direction, qui est celle prise par Thomas Fuchs s'inspirant de quelques travaux de Merleau-Ponty, indique la priorité et l'importance de l'intercorporéité et de l'interaffectivité dans une approche phénoménologique de la socialisation. Ainsi, il s'agit de concevoir les émotions en tant qu'un phénomène spatial qui attache, dans une interaction circulaire, le sujet incarné et la situation avec sa dimension affective. Ceci représente le concept d'interaffectivité incarnée qui compose chaque rencontre dans un processus de résonance corporelle, d'interaction et de « mutuelle incorporation ». Notre corps serait alors affecté par autrui installant une dynamique interactionnelle marquée par l'incorporation. Fuchs situe l'incorporation en tant qu'« une caractéristique envahissante du 'vécu' ou corps subjectif (*Leib*) qui transcende toujours lui-même et se connecte avec l'environnement »[792]. Pour autant qu'il signale une mutuelle incorporation, il montre que dans nos relations le corps vécu s'étend et se prolonge dans les relations avec d'autres corps. Autrement dit, l'évidence de l'incarnation, manifestée surtout par le regard, émerge de la mutuelle action de l'un sur l'autre. On est mutuellement affecté par l'incarnation et la présence d'autrui dans la structure chiasmatique de notre corps, ce qui permet nos incorporations. Cette direction de recherche nous semble intéressante car elle assume la dimension relationnelle des corps en signalant le rôle des affects et des émotions – un corps qui sent, exprime et affecte (est aussi affecté par) l'autre, le tout étant tissé, pourrions-nous ajouter, par la chair.

[789] E. de Saint Aubert, « Introduction à la notion de portance »**,** *Archives de Philosophie*, vol. 2, tome 79, 2016, p. 327.
[790] Cf. *Ibidem.*
[791] Cf. *Ibid*., p. 325.
[792] Cf. T. Fuchs, « Intercorporeality and Interaffectivity », *Phenomenology and Mind*, 2016, n° 11, p. 198.

En revenant à Merleau-Ponty, on peut dire qu'il assume un biais phénoménologique de l'incorporation différent de celui de la psychanalyse qui, elle, la situe dans le rapport avec les objets et du fait de son assimilation au niveau corporel, en relation surtout avec les relations parentales et le stade oral. Il s'agit, dans ces termes psychanalytiques, d'un processus qui fait pénétrer et garder un objet à l'intérieur de son propre corps, ce qui va constituer un but pulsionnel et des modes de relation caractéristiques du stade oral. Cependant, il faut signaler que l'accent n'est pas mis sur une zone érogène, comme décrit par Freud dans la première édition de *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, mais sur un mode de relation (l'incorporation). Cette relation, souvent mise en scène dans les discussions sur les troubles alimentaires, privilégie l'activité buccale et l'ingestion de nourriture, même si d'autres zones et d'autres fonctions peuvent aussi être impliquées. Le sexuel et l'alimentaire seraient alors étroitement mêlés avec trois significations : « se donner un plaisir en faisant pénétrer un objet en soi ; détruire cet objet ; s'assimiler les qualités de cet objet en le conservant au-dedans de soi »[793]. L'incorporation est mise au niveau d'une expérience corporelle, bien qu'elle ait des éléments phantasmatiques. Cette discussion psychanalytique de l'incorporation a beaucoup intéressé Merleau-Ponty, qui y fait allusion notamment dans les cours de la Sorbonne dans lesquels il envisage la psychologie de l'enfant. Néanmoins, sa direction change et même, disons, « incorpore » d'autres éléments dans la mesure où sa conception de la chair évolue et il reconnaît son pouvoir d'incorporation. Mettre l'incorporation au sein de la chair doit être considéré comme un élargissement dans le sens de la mettre dans une tissu plus large incluant le sujet, le monde, les autres, la culture, etc. Ainsi, l'incorporation est-elle ancrée dans le vécu corporel à partir de notre tissage charnel. La longue citation de E. de Saint Aubert qui suit illustre l'amplitude et la fécondité de cette notion :

> L'être humain est une manière singulière d'être corps, en rapport au monde, en relation avec autrui. Ce style qui constitue sa chair s'exprime dans certaines attitudes typiques marquées par une conjonction, parfois extrême, de passivité et d'activité — dès l'amplitude comme la profondeur de sa perception du monde, dans l'accueil et l'écoute qu'il peut accorder à autrui, dans une posture foncièrement interrogative intriquée avec des dimensions de consentement et de foi. Ces attitudes montrent en lui une étonnante capacité à s'ouvrir, à éprouver et mettre à l'épreuve, recevoir et se donner dans un même geste ; à se laisser traverser et configurer par les structures de l'autre, tout en lui prêtant ou lui imposant ses propres structures. Sa chair porte aux tréfonds de sa contexture la marque d'incessantes incorporations,

[793] J. Laplanche, J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la* psychanalyse, 1967, dir. par A. Lagache. Paris : Presses Universitaires de France, 2007, p. 200

> tapissée qu'elle est de ce qu'elle perçoit, connaît et désire, tout en habillant perpétuellement d'elle-même ce avec quoi et avec qui elle entre en relation[794].

Nous avons les marques de nos incorporations dans un jeu qui constitue nos modes d'être-au-monde, notre style. Avec le souci de ne pas trop hypostasier, on peut dire que l'incorporation se présente comme un chemin en psychopathologie et plus spécifiquement ici pour comprendre les troubles alimentaires et l'obésité, voire pour collaborer à la prise en considération de quelques nuances.

Lorsque l'on mange, il y a une incorporation qui traduit la constitution de cet acte et aussi de façon concrète le fait qu'un objet venu de dehors, extérieur, se met dedans, passe à l'intérieur : la nourriture devient corps et, dans ce sens, elle est incorporée. Pourtant, cette incorporation ne se fait pas seulement au niveau d'un *corps objet* (*Körper*), elle atteint le sujet dans sa totalité et implique aussi ses modes de relation avec autrui, avec le monde. Mais tout est-il incorporé ? Dans ce jeu actif-passif, il y a des rejets et donc impossibilité de tout recevoir et assimiler, soit au niveau de ce *corps objet*, soit au niveau relationnel. Tout incorporer serait de l'ordre de l'excès et rien incorporer de l'ordre du manque. Ainsi, le déséquilibre de l'incorporation peut nous conduire au vécu psychopathologique tant par son dépassement que par son absence. Les actes alimentaires révèlent une direction de sens et aussi bien dans les troubles alimentaires que dans l'obésité il y a une concentration de l'attention de façon très large sur le fait de « manger » (ou du ne pas « manger) et sur le corps qui est en acte. Il y a une confusion et une opposition entre l'absence de contrôle et la rigidité par rapport au « manger ». Chez le sujet souffrant, la souffrance n'a pas son origine uniquement dans les actes alimentaires en eux-mêmes mais par ce qu'ils traduisent par leur expression. Ces expressions, ces modes d'être, sont tissés par la chair qui nous met dans ce circuit interminable d'incorporation.

Conclusion de la deuxième partie

Nous avons pu percevoir la fécondité de la phénoménologie de Merleau-Ponty lors de l'étude des troubles alimentaires et de l'obésité. Son approche phénoménologique se dessine à travers le corps et s'étend aux modes d'organisation avec le schéma corporel et la radicalité d'un tissage charnel qui met en évidence notre coappartenance *avec* et *dans* le monde. Il nous semble que ce point de vue merleau-pontien devient encore plus justifié lorsqu'on thématise le corps propre en l'approfondissant par la voie de la chair. Le corps propre, le schéma corporel

[794] E. de Saint Aubert, « La chair ouverte à la portance de l'être », *Alter*, n° 23, *Anthropologies philosophiques*, 2015, p. 165.

et la chair portent chacun une spécificité dans les écrits de Merleau-Ponty. Cependant, leur confrontation, leur convergence et leur empiètement réciproques ouvrent un large champ de possibilités, lesquelles ne sont pas suffisamment explorées en psychopathologie à notre avis. Nous insistons sur l'importance d'aller au-delà du corps propre sans l'abandonner et d'envisager la phénoménologie de Merleau-Ponty dans toute son amplitude car elle fournit un mode de voir les troubles alimentaires et l'obésité inscrits dans la structure corporelle et dans l'ancrage mondain de toute expérience. Nous avons cherché à comprendre la manière d'être corps propre lors de l'expérience hyperphagique dans l'obésité sans jamais cesser de considérer le caractère subjectif, voire intersubjectif, de toute expérience. Il s'agit d'un corps qui porte un nœud de significations que nous avons cherché à dévoiler : un corps symbolisant toujours l'existence. La manière de voir ce phénomène est ainsi élargie en le situant dans un monde commun et en cherchant un sens, lequel ne peut être envisagé que dans l'intersection sujet et monde , lesquels ont la même texture.

Nous considérons que la distinction, et surtout le brouillage entre *corps sujet* et *corps objet*, *corps phénoménal* et *corps objectif,* souvent utilisée dans les études sur ce sujet, se présentent comme un paradigme important pour la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité. Nous avons proposé de considérer l'existence d'une sorte de « court-circuit » entre le *corps sujet* et le *corps* objet dans l'expérience hyperphagique. Cette lecture est un essai pour rendre compte de la dynamique corporelle vécue dans cette expérience qui est bouleversée par la difficulté qu'éprouvent les patients de ressentir le corps propre et par l'accentuation du corps comme objet à travers les tentatives faites pour le contrôler.

En radicalisant notre condition de coappartenance dans le monde, Merleau-Ponty nous permet aussi un regard plus large en psychopathologie lequel s'éloigne d'un soi intériorisé et se tourne vers la dimension intercorporelle de l'expérience humaine. Sur ce plan, la (in)visibilité apparaît ici comme contribution significative et nous conduit vers la compréhension d'une expérience qui va au-delà de la relation sujet (mangeur) et objet (nourriture). Il y a, pourrait-on-dire, un corps obèse visible et visé en fonction de sa condition corporelle et il y a aussi des actes hyperphagiques conduits par un corps « sans contrôle », parfois incapable de ressentir, qui plonge dans la nourriture et éprouve par la suite une lourde culpabilité pour avoir succombé à l'envie irrépressible. Il y a aussi un certain mode d'organisation qui découle du bouleversement de l'expérience (inter)corporelle. Les contributions de Merleau-Ponty permettent de tenter de « déchiffrer » cette organisation, ce mode de fonctionnement et aussi les conditions qui la rendent possible.

En comparaison avec les troubles alimentaires, surtout l'anorexie et la boulimie, il y a une tendance assez répandue de centrer la discussion autour de l'hyperphagie dans le comportement hyperphagique alors que l'on considère assez peu ce qui le rend possible et les possibles altérations observées au niveau de l'expérience corporelle et des modes de relation avec soi-même et avec les autres. Le contrôle des prises alimentaires et le changement de comportement pour éviter la prise de poids sont certes indispensables mais insuffisants. L'expérience hyperphagique dans l'obésité se révèle dans un sens plus large et la phénoménologie de Merleau-Ponty nous aide à dévoiler au fur et à mesure qu'elle met en évidence la composition des modes d'expérience à travers, par exemple, les notions d'habitude, d'empiètement, de miroir, d'incorporation, parmi d'autres. En tant que point de vue fécond pour la compréhension des troubles alimentaires et de l'obésité, nous considérons que la phénoménologie de Merleau-Ponty fournit un large apport pour la mise en question de la notion de corps et étend sa portée comme voie d'organisation de l'expérience tissue *dans* et *par* le monde.

Partie III - PHÉNOMÉNOLOGIE CLINIQUE : POUR UNE CLINIQUE DES TROUBLES ALIMENTAIRES ET DE L'OBÉSITÉ

L'utilisation de l'expression phénoménologie clinique correspond à une prise de position, à la fois théorique et pratique, conjuguant deux dimensions qui ne sont pas liées de façon évidente. D'une part, la phénoménologie se présente dans le champ philosophique avec la spécificité que cela comporte et se montre ainsi capable d'atteindre plusieurs domaines en fonction de son amplitude, de son potentiel au niveau méthodologique et de sa diversité ce qui autorise à parler de phénoménologies au pluriel ; d'autre part, la clinique correspond notamment au domaine psy (psychiatrie, psychopathologie, psychologie et psychothérapie) et au contact avec les sujets en souffrance face à leurs modes d'existence et à leurs psychopathologies. Ainsi, dans cette première partie nous essaierons d'expliciter ce qu'est la phénoménologie clinique puis nous indiquerons quel parcours nous avons suivi pour mettre en évidence les possibilités de cet abord de la clinique en ce qui concerne les troubles alimentaires et l'obésité.

En proposant une base nouvelle rigoureuse de la connaissance sous l'angle de la philosophie, Husserl fonde la phénoménologie au début du XXème siècle. « Le retour aux choses elles-mêmes » est le point de départ qu'il a choisi pour l'élaboration d'une méthode innovante. Ce travail phénoménologique original et important d'Husserl a été repris et réinterprété par d'autres philosophes comme Heidegger, Merleau-Ponty, Levinas et Sartre, entre autres, chacun avec sa particularité. Tous ces auteurs sont des représentants de la phénoménologie philosophique laquelle servira de source d'inspiration pour l'édification d'une phénoménologie clinique. Tant la phénoménologie philosophique que la phénoménologie clinique, avec leurs particularités, découlent de la nécessité de suivre un parcours différent de celui qui était la règle, l'hégémonique, et notamment cela a conduit à rejeter les modèles métaphysiques et naturalistes de la philosophie et surtout les modèles « biologistes » et la psychanalyse utilisés en clinique.

La phénoménologie philosophique a suscité petit à petit un intérêt grandissant dans d'autres domaines que celui de la philosophie, en particulier en psychiatrie, lorsque les psychiatres ont pris conscience que, par l'intermédiaire de la phénoménologie philosophique, il est possible d'avoir une attitude nouvelle en clinique. Ainsi, à partir des années 1920 le champ clinique commence à être exploré en relation avec les travaux phénoménologiques, surtout ceux de Husserl et de Heidegger. Plusieurs psychiatres dont Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Eugène Minkowski, Medard Boss, Erwin Strauss, Viktor Von Gebsattel, Hubertus Tellenbach,

Arthur Tatossian, parmi d'autres, ont compris et utilisé la phénoménologie pour une meilleure compréhension des troubles mentaux. La phénoménologie clinique a assez rapidement trouvé sa place au sein de la psychiatrie ; dès cette époque, et plus encore aujourd'hui, plusieurs dénominations ont été proposées : phénoménologie psychiatrique, psychopathologie phénoménologique, analyse phénoméno-structurale, analyse existentielle, *Daseinsanalyse*, anthropologie phénoménologique des psychoses, phénoménologie clinique[795], traduisant notamment un désir de « dialogue » ouvert entre la phénoménologie et la psychiatrie[796]. Chaque dénomination a ses spécificités et met l'accent sur une certaine direction de pensée mais toutes sont ancrées dans la phénoménologie. Comme nous l'avons précisé dès l'introduction de cette thèse, nous avons choisi d'utiliser l'expression « phénoménologie clinique » avec un sens très large et très ouvert.

L'accent mis sur la clinique n'est pas le fruit du hasard. Il s'agit, à notre avis, d'abord d'un élargissement du domaine de la clinique dans la mesure où celle-ci ne se restreint ni à la psychiatrie ni à la psychopathologie car pouvant inclure la psychologie et la psychothérapie. En ce qui concerne ces deux derniers domaines, il nous semble pertinent de clarifier l'insertion de la phénoménologie dans les approches cliniques au Brésil et aussi de mettre en évidence le rôle de la phénoménologie vue, reconnue et développée en tant que telle. Plusieurs approches cliniques, comme la Gestalt-Thérapie, l'Approche Centrée sur la Personne et toutes les psychothérapies dites phénoménologiques existentielles et humanistes-phénoménologiques, sont diffusées, avec leurs spécificités, à partir d'un ancrage phénoménologique, soit en fonction de la présence de la phénoménologie dans leurs bases épistémologiques, soit en fonction d'une appropriation ou du « dialogue » établi avec la phénoménologie pour établir ou renforcer ces approches. On peut dire que la phénoménologie clinique, avec toute cette amplitude, a une représentation académique significative au Brésil, surtout dans les universités de psychologie.

Les points de convergence dans ce large champ clinique ne sont pas, et ne pourraient pas être, de simples nuances relatives à chaque domaine ou à chaque profession mais le *mode de voir* apporté par la phénoménologie. La phénoménologie se présente comme inspiration en fournissant de possibles outils cliniques permettant une meilleure compréhension de ces domaines. Autrement dit, elle nous fournit des directions et des sources pour dévoiler et comprendre des phénomènes, voire pour *être présent* dans la rencontre clinique. L'attitude

[795] G. Charbonneau, *Introduction à la Psychopathologie Phénoménologique,* Tome I/ Paris : MJW Fédition, 2010, p. 12.
[796] F. Dastur, *Penser ce qui advient*. Dialogue avec Phillipe Cabestan. Paris : Les petits Platons, Coll. Les Dialogues de Petits Platons, 2014, p. ??

phénoménologique peut toujours être une attitude clinique, voire éthique. Cet élargissement est aussi une actualisation et une ouverture qui permet d'inclure de nouveaux domaines dans lesquels la phénoménologie apporte une fécondité à l'approche clinique, conséquence qui a d'ailleurs été envisagée dès 1920.

Résultat d'un dialogue entre des domaines différents, le risque d'équivoques est constant et en particulier celui consistant à appliquer la phénoménologie philosophique au domaine clinique selon une sorte de transposition d'un domaine à l'autre, en laissant de côté les spécificités, conduisant à faire une philosophie clinique ou même à établir une relation pragmatique entre théorie et pratique. Comme nous l'a montré Tatossian[797], la relation doit être d'implication et non d'application. En étant impliqué phénoménologiquement le clinicien pourra porter un regard particulier sur l'expérience vécue par le sujet du fait de son engagement lié au partage entre le patient et lui[798]. En outre, avec la phénoménologie en tant qu'« école de l'expérience »[799], on peut à la fois « apprendre » avec l'expérience qui se montre incessamment et composer un discours consistent restant ouvert sur ce vécu. Les psychopathologies sont comprises comme des modes d'être-au-monde et la phénoménologie clinique envisage toujours l'expérience vécue.

L'approche phénoménologique de la psychiatrie est particulièrement intéressante sur le plan clinique grâce au dialogue possible entre ces deux domaines. On constate même actuellement un effort pour maintenir ce dialogue ouvert en reconnaissant son importance, ce qui est mis en évidence par un nombre important de publications dans les principales revues de psychiatrie. Malheureusement il y a aussi des équivoques, et souvent une mauvaise compréhension de la phénoménologie, laquelle est transformée en modèle empirique et objectivé, très proche de la sémiologie – une sorte d'adaptation au DSM sans quitter complétement le DSM[800] pourtant à l'opposé de l'esprit de la phénoménologie. Même si l'intention est bonne, le grand risque est que la phénoménologie devienne un outil technique mal utilisé car de moins en moins phénoménologique. Être phénoménologue, et rester fidèle à

[797] A. Tatossian, « Théorie et pratique en psychiatrie : symptôme et phénomène. Un point de vue phénoménologique », in *Clinique du Lebenswelt* : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques, *op. cit*., p. 89

[798] L. Bloc, V. Moreira, M. Wolf-Fédida, J. Chamond, « La relation d'implication (et non d'application) entre les phénoménologies philosophique et clinique : le point de vue d'Arthur Tatossian », Bulletin de Psychologie, tome 70, n° 4, 2017, p. 305.

[799] Cf. A. Tatossian, « Pratique Psychiatrique et Phénoménologie », in *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, org. par P. Fédida, P. Gutton. Paris : Echos-centurion, 1986, p. 12.

[800] C. Abettan, « The current dialogue between phenomenology and psychiatry : a problematic misunderstanding », *Med Health Care and Philo*, vol. 18, n° 4, 2015, p. 539.

l'esprit de la phénoménologie, dans un domaine pour lequel cela n'était pas envisagé à l'origine constitue un vrai défi.

Sur le plan historique, la naissance de la phénoménologie clinique, dans le sens exposé ici, date du 25 novembre 1922. À l'occasion de la 63ème session de la Société Suisse de Psychiatrie à Zurich, deux études ont été présentées simultanément. Eugène Minkowski a exposé son fameux travail *«* Étude psychologique et Analyse phénoménologique d´un cas de m*élancolie* schizophrénique », lequel a été ensuite publié en 1923 dans le *Journal de Psychologie* tandis que Ludwig Binswanger a fait une conférence intitulée « Sur la Phénoménologie », publiée ensuite dans le livre *Introduction à l'Analyse Existentielle*. Selon le propre avis de Binswanger[801], ces travaux marquent la première rencontre entre l'élève de Bergson (Minkowski) et l'élève de Husserl (Binswanger) ; l'exposé de Minkowski apparaît comme une application inédite de la méthode phénoménologique au domaine psychiatrique. Ces deux auteurs ont permis, de façon définitive, l'entrée de la phénoménologie dans le champ psychiatrique [802] . Cependant, cette position historique n'est pas unanime du fait des contributions de Karl Jaspers, ce qui nous demande une précision.

Jaspers joue un rôle central dans les rapports entre la phénoménologie et la psychopathologie. On peut dire que la psychopathologie a été inaugurée par lui lors de la publication, en 1913, de son livre *Traité de Psychopathologie Générale.* Il a ainsi introduit la phénoménologie en tant que méthode en psychopathologie[803], approche jusqu'alors inédite. Binswanger considère son étude sur le délire de jalousie (1910) comme le « premier travail de psychopathologie à utiliser méthodologiquement les points de vue phénoménologiques »[804]. Sa méthode de description des vécus conscients lors des maladies mentales est un pas important, parmi d'autres contributions. Néanmoins ce premier pas, d'après Tatossian[805], ne peut pas être considéré comme le vrai début de la phénoménologie clinique car il n'atteint ni le vrai sens de la phénoménologie ni sa potentialité comme apports pour la psychopathologie. D'ailleurs Jaspers lui-même ne se reconnait pas comme phénoménologue ; la phénoménologie n'est pour

[801] L. Binswanger, *Mélancolie et Manie. Études phénoménologiques*, 1960. Paris : Presses Universitaires de France, 1987.
[802] P. Jonckheere, *Psychiatrie Phénoménologique. Tome I – Concepts fondamentaux*. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd, 2009, p. 19 ; voir aussi A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses,* 1979. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002, p. 18.
[803] P. Cabestan, F. Dastur, *Daseinsanalyse : phénoménologie et psychiatrie*. Paris: Vrin, 2011, p. 52; H. Häfner, « Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 17, n° 1, 2015, p. 19.
[804] Cf. L. Binswanger, « De la phénoménologie », 1922, in *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971, p. 106.
[805] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 18.

lui qu'une sous-discipline de la psychopathologie[806]; il s'agit d' une méthode, parmi d'autres, offrant un outil « descriptif » qui permet une meilleure compréhension[807] de ce que ressent le patient.

La proposition faite par Jaspers est donc descriptive et conduit à une classification mais elle n'envisage pas les voies de compréhension fournies par la phénoménologie. Autrement dit, son modèle de psychopathologie, parfois encore reproduit aujourd'hui et associé de façon généralisée et à tort à la phénoménologie, se limite à la description. Cette caractéristique est souvent évoquée par certains psychiatres faisant référence à la phénoménologie ; pour la plupart d'entre eux, la phénoménologie ne leur paraît que descriptive, avec une dimension esthétique, mais peu scientifique[808] et c'est là une grave erreur. La psychopathologie phénoménologique, voire la phénoménologie clinique, ont évidemment, dans un certain sens, une dimension descriptive, surtout comme point de départ, mais elles ne peuvent pas, et ne doivent pas, être réduites à cette opération, disons, méthodologique, surtout lorsque celle-ci est isolée. Le danger est de confondre la phénoménologie, de façon pour le moins imprécise et erronée, comme une approche centrée sur le symptôme et sur les aspects objectifs de la maladie ; le symptôme est loin d'être l'essentiel. L'orientation doit se faire vers le phénomène qui se présente dans le contexte clinique en tant qu'expérience vécue par le sujet et qui doit être dévoilée. La maladie est donc comprise en phénoménologie comme l'expression d'un mode d'être-au-monde.

L'origine de l'expression phénoménologie clinique nous semble encore mal connue et entourée d'un certain flou, bien qu'il s'agisse d'une dénomination contemporaine[809]. Entre chercher une nomenclature capable de rassembler plusieurs voies phénoménologiques et proposer une dénomination acceptable par tous, il y a un long parcours basé aussi sur une demande ; l'usage de cette dénomination ne sera pas anodin et aura des implications. Le psychiatre belge Paul Jonckheere s'attribue la création de l'expression, en 1983, de ce qu'il considère comme un concept lié surtout à l'analyse et à la description, chez Heidegger, de la conception existentiale de l'homme. Selon lui, cette expression avait déjà été utilisée par Sven Follin en 1963 et aussi par Jacques Lacan mais alors sans précision suffisante. Il propose phénoménologie clinique en s'inspirant de l'expression psychologie clinique : « Tout comme

[806] G. Stanghellini, T. Fuchs, « One century of Karl Jaspers' general psychopathology ». Oxford : Oxford University Press, 2013, p. XIV.
[807] P. Cabestan, F. Dastur, *op. cit.*, p. 53.
[808] P. Jonckheere, *op. cit*., 2009, p. 18. Il faut ajouter que cet auteur reconnaît Karl Jaspers comme le fondateur de la psychiatrie phénoménologique.
[809] Sur l'usage du terme phénoménologie clinique et ses implications, il nous semble pertinent le développement de recherches sur ce sujet.

la psychologie clinique est une discipline scientifique qui s'attache à étudier les applications cliniques de la psychopathologie, la phénoménologie clinique étudie l'apport de la phénoménologie à divers problèmes de psycho(patho)logie et de psychiatrie clinique »[810]. La proposition de Jonckheere, phénoménologie clinique, nous paraît intéressante du fait de son sens ouvert, large et un peu provocateur. Cela nous invite à la réflexion et à la comparaison de diverses conceptions capables de conduire à un élargissement et à un approfondissement de celles-ci, tout en tenant le plus grand compte de la clinique. Cela revient aussi, et c'est une particularité intéressante, à ne pas se lier de façon définitive aux propositions de tel ou tel auteur mais à avoir un champ ouvert en cherchant toujours, sans se lasser, des pistes nouvelles – et parfois en les trouvant – dans « les phénoménologies ».

Il nous semble pertinent d'évoquer aussi la figure de Pierre Fédida qui est l'un des responsables de l'insertion de la phénoménologie clinique sur le plan académique. Tout au long de son œuvre, commencée en 1963 avec des publications sur des tests Rorschach d'un point de vue phénoménologique, la phénoménologie clinique est dans une certaine mesure toujours présente. Avec une double formation, phénoménologique et psychanalytique, Fédida a abordé la psychiatrie en 1958, sous la direction de Ludwig Binswanger à la clinique de Bellevue, et ensuite avec Roland Kuhn, ce qui lui permis son orientation vers le champ de la *Daseinsanalyse*[811]. Dans un contexte français dominé par la psychanalyse, Fédida a sans doute eu un rôle majeur car il a su proposer et maintenir une discussion clinique qui inclut et reconnaît l'importance de la phénoménologie. Surtout connu pour ses nombreux travaux en psychanalyse et comme le fondateur d'une psychopathologie fondamentale, Fédida peut être considéré aussi comme un vrai précurseur de la phénoménologie clinique en France.

Nous estimons que le potentiel de rassemblement lors de l'usage de l'expression « phénoménologie clinique », s'il peut générer des problèmes face à la diversité des conceptions, peut aussi rendre plus facile le dialogue entre les diverses approches et clarifier les relations entre la phénoménologie et le monde psy. Si la phénoménologie philosophique permet de s'appuyer sur un large et consistant développement théorique, il faut reconnaître que la phénoménologie clinique présente certaines limites, en particulier en ce qui concerne les troubles alimentaires et l'obésité ; nous avons constaté que les travaux cliniques, comme nous l'avons précisé dans le deuxième chapitre, sont consacrés pour la plupart à la psychopathologie

[810] P. Jonckheere. « Origine et développement du concept », Disponible sur : http://www.phenomenologieclinique.eu/Chapitre2-1.html

[811] M. Wolf-Fédida, « De la phénoménologie à la psychopathologie psychanalytique », *Recherches en psychanalyse*, vol. 3, n°1, p. 145-146.

en relation avec les psychoses, ce qui s'explique sur le plan historique. Néanmoins, nous considérons la rareté des travaux sur le sujet qui nous intéresse comme une opportunité dans la mesure où le potentiel de la phénoménologie face à ces troubles étant reconnue il sera possible d'entreprendre des études fructueuses. Autrement dit, la phénoménologie, si elle est bien utilisée, peut permettre une approche originale des troubles alimentaires et de l'obésité, ce qui nous conduit à poser des questions puis à réfléchir sur les réponses possibles les plus satisfaisantes en accord avec ce que l'on trouve sur le plan clinique[812]. Notre intention, dans cette partie de notre travail, est justement d'explorer le potentiel de la phénoménologie en relation avec la clinique des troubles alimentaires et de l'obésité.

[812] Ce mouvement a été proposé, dans une certaine mesure, dans la partie II de cette thèse avec la phénoménologie de Merleau-Ponty.

Chapitre 5 - Les contributions de la phénoménologie clinique de Ludwig Binswanger et d'Arthur Tatossian

Le dialogue ouvert entre la phénoménologie et la clinique a pour conséquence la possibilité de plusieurs orientations. Dans ce premier chapitre, nous étudierons la possibilité d'utiliser les travaux de Ludwig Binswanger et d'Arthur Tatossian pour une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité. Leurs réflexions sur la phénoménologie et la clinique nous serviront d'inspiration pour la compréhension de ce champ d'étude et, de façon plus spécifique, pour celle du vécu hyperphagique dans l'obésité. Mettre l'accent sur les écrits de ces deux auteurs se justifie du fait de leur large insertion dans le domaine de la phénoménologie clinique et aussi car la compréhension du parcours qu'ils ont suivi nous aidera à mieux élucider les problèmes qui se posent à nous face aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire au sens large.

5.1. Ludwig Binswanger et la *Daseinsanalyse*

Né en 1881 dans la ville de Kreuzlingen, en Suisse, Ludwig Binswanger a un rôle important dans tout le mouvement de la psychiatrie et de la psychopathologie phénoménologiques. Si nous le considérons comme le père de la phénoménologie clinique au sens le plus large, son nom est essentiellement associé à la *Daseinsanalyse* dont il est le fondateur. Le terme *Daseinanalyse* est souvent traduit en français par analyse existentielle contre l'avis même de son fondateur qui considère qu'il s'agit là d'une formulation inadéquate risquant de conduire à une interprétation erronée. Les propositions de Biswanger signifient un « nouveau » regard de la psychopathologie, surtout en ce qui concerne les psychoses et leurs modes de traitement.

Originaire d'une famille de psychiatres suisses, Binswanger s'est formé en abordant des études médicales mais aussi littéraires et philosophiques ; cela l'a mis très tôt en contact avec les courants de pensée de différentes origines : anthropologiques, phénoménologiques et psychanalytiques[813]. Dès son enfance puis pendant sa jeunesse, il a été en contact avec les patients de la clinique psychiatrique « Bellevue », fondée et dirigée par son grand-père – « un véritable laboratoire de recherche pour la 'promotion' d'une psychiatrie humaniste »[814]. Une

[813] M. Wolf-Fédida, *Théorie de l'action psychothérapeutique*. Paris : MJW Fédition, 2008, p. 119.
[814] B. Lehfeld, « Le premier Binswanger », in *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse*, dir. par B. Leroy-Viémon. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011, p. 41.

grande partie de son parcours en psychiatrie résulte de cette approche clinique. À 29 ans, après la mort soudaine de son père, il prend la direction de la Clinique psychiatrique Bellevue. Pendant plusieurs décades, il peut ainsi soigner des patients, dont quelques personnalités illustres de cette époque, et aussi recevoir des visiteurs célèbres : « il vivait, au sens le plus authentique du mot, le développement de la psychiatrie dans le mouvement intellectuel de son temps »[815]. En tant qu'assistant d'Eugène Bleuler puis de Carl Gustave Jung, lors du passage du XIXème au XXème siècle, Binswanger est confronté aux développements les plus récents de la psychiatrie de l'époque et a l'opportunité de s'engager dans une direction de renouvellement de la psychiatrie qui devient de moins en moins nosologique [816]. Durant cette même période, il fait la connaissance de Freud. Entre eux s'établit, dès 1907, une relation amicale solide ; ils entretiennent une correspondance régulière, pendant vingt ans, jusqu'à la mort de Freud, qui peut être illustrée par un extrait de la lettre écrite par Binswanger à l'épouse et à la fille de Freud après la mort de ce dernier : « Tout cela était porté par mon amour pour lui, qui est demeuré absolument identique du premier jour de notre rencontre à Vienne, en 1907, jusqu'à ce jour »[817]. Malgré des désaccords et des divergences théoriques avec Freud, , Binswanger est souvent considéré comme un disciple fidèle de ce dernier[818].

La bonne relation de Binswanger avec Freud ne signifie pas ipso facto de « bonnes relations » avec la psychanalyse elle-même. Binswanger a en effet une position ambiguë par rapport à la psychanalyse ; dans un premier temps il fait constamment référence à la psychanalyse et à l'utilisation des ressources de celle-ci puis, ultérieurement, il manifeste une certaine méfiance à son égard, ce qui se traduit par une mise de côté ou même un véritable oubli quand elle n'est même plus citée. En effet lors de sa rencontre avec Freud il est d'abord convaincu de l'importance de l'analyse pour les patients mais, avec les années qui passent, il choisit un chemin qui lui est propre, basé essentiellement sur la philosophie – les question qu'il se pose sont essentiellement d'ordre thérapeutiques et le mode de vie communautaire, propre à la clinique de Bellevue, lui permet l'accès à un champ d'expériences pratiques et à des réflexions théoriques. Binswanger cherche alors à (re)fonder le travail psychiatrique sur des bases théoriques solides. Il constate l'absence de fondements épistémologiques en

[815] R. Kuhn, *Écrits sur l'analyse existentielle*. Paris : L'Harmattan, 2007. p. 133.
[816] E. Basso, « L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme 'science du singulier' ». *Histoire, Médecine et Santé,* 2014, n° *6,* 36-37.
[817] Cf. L. Binswanger, « Lettre du 2 octobre 1939 », in *Correspondances 1908-1938*, S. Freud, L. Binswanger. Paris : Calmann-Lévy, 1995, p. 301.
[818] J. Naudin, M. Cermolacce, J. Vion-Dury, D. Pringuey, J.-M. Azorin, « Psychanalyse et phénoménologie », *Annales Médico-Psychologiques*, 2011, n° 169, p. 43.

psychopathologie de même qu'en psychanalyse, ce qui le conduit vers un chemin philosophique. Il faut reconnaître l'effort qu'il a fait pour effacer les frontières entre la psychiatrie et la réflexion épistémologique et il faut aussi mentionner qu'il a essayé de présenter la subjectivité de façon « scientifique » à un moment où l'objectivité était seule admise et mise en directe opposition , voire même en conflit[819], avec la subjectivité et alors que la psychanalyse se trouvait parfois marginalisée sur le plan scientifique[820]. Nous ajouterons encore, et ceci est très important, que même en faisant des propositions d'ordre théorique et en les discutant, ses conceptions et l'enracinement de sa pensée résultent directement de la clinique qui lui a fourni un très large terrain d'expériences.

Avant d'aborder ce que Binswanger a apporté à la phénoménologie il nous semble indispensable de préciser le rôle de la psychanalyse et celui de Freud dans l'évolution de sa pensée puisque c'est l'éloignement progressif de la psychanalyse et la mise en question de celle-ci qui l'a amené à chercher d'autres concepts et qui ont été, d'une certaine façon, la condition de possibilité de la Daseinsanalyse. En outre, les philosophies husserlienne et heideggérienne interviennent comme instances critiques pour faire évoluer et se métamorphoser les concepts freudiens[821]. Avant de conclure à l'impossibilité d'une approche *anthropologique* développée sur un terrain psychanalytique Binswanger a fait de longues analyses critiques sur les plans épistémologique et théorique, son but était de donner à la psychanalyse un fondement rigoureux[822]. Son chemin psychanalytique, même s'il a conduit à une impasse, traduit la recherche de l'ouverture d'un domaine[823] – selon un itinéraire prudent – jusqu'à l'orientation phénoménologique qui en résultera. L'intérêt suscité par les idées de Freud et l'enthousiasme pour la psychanalyse est parfois utilisé pour minimiser l'aspect novateur des travaux de Binswanger qui s'est frayé un chemin particulier, qui lui est propre, avec puis sans la psychanalyse.

Dans sa conférence *Mon chemin vers Freud* (1956), faite à l'occasion du centième anniversaire de la naissance de Freud, Binswanger évoque cinq étapes dans sa relations avec la psychanalyse freudienne et précise qu'il s'agit d'un parcours traduisant un « effort pour pénétrer le cours nécessaire des *modes d'expérience en général* qui sont *possibles* relativement

[819] E. Basso, *op. cit*., 2014, p. 37.
[820] C. Gros, *Ludwig Binswanger : entre phénoménologie et expérience psychiatrique*. Chatou : Les Éditions de la Transparence, 2011, p. 16.
[821] J-C. Marceu, « Freud, Binswanger, Foucault : la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie », *Cliniques méditerranéennes,* vol. 2, n° *64,* 2001, p. 227.
[822] J. Naudin, M. Cermolacce, J. Vion-Dury, D. Pringuey, J.-M. Azorin, « Psychanalyse et phénoménologie », *op. cit*., p. 43.
[823] C. Gros, *op. cit*., 2009, p. 14.

à la psychanalyse »[824]. La première étape, l'*apprentissage de la doctrine*, correspond à la transmission et à l'acquisition de connaissances accompagnées par une admiration sans limite pour Freud et par leur amitié naissante. La deuxième étape, l'*expérience personnelle*, est considérée par Binswanger comme « une expérience au sens de la vérification technique de sa technique *scientifique*, et des résultats »[825] – il passe alors du scepticisme à la conviction. À partir de la troisième étape, l'*expérience méthodologique* ou la *critique de la connaissance*, Binswanger réfléchit sur les caractéristiques des instruments utilisés dans l'expérimentation et sur leur capacité à établir la technique sur des bases scientifiques et exige l'expérimentation pour parvenir à une constitution scientifique[826]. Lors de son évaluation globale du freudisme, il est étonné par l'idée admise que l'acte psychique a un sens, une signification, même s'il s'agit, dans la mesure où il est caché, d'un sens supposé, deviné ou présumé. Freud estime qu'il y a un « éprouvé passif », tandis que Binswanger affirme le caractère personnel des phénomènes psychiques et de l'appareil psychique et souligne la présupposition freudienne de « l'unité et l'unicité *biohistorique* de la personne qu'est le patient, le rêveur, l'individu, le moi »[827]. Binswanger ne cessera plus dès lors de confronter la procédure d'interprétation de Freud et la procédure herméneutique des sciences de l'esprit en essayant de trouver tous les modes possibles d'expériences relatives à la psychanalyse – un mode d'expérience dont il affirme s'être occupé toute sa vie[828].

La quatrième étape correspond à des oppositions nettes quant à la conception de ce qu'est l'homme, la sienne où l'homme est existence (*Dasein*) et celle de Freud où l'homme est *homo natura*. Cependant, Binswanger reconnaît l'importance des pulsions et reconnaît même qu'il s'agit là de la grande pensée de Freud, d'une idée aux conséquences majeures. Freud se présentant alors à ses yeux comme « un biologiste qui a pour objet d'étude les pulsions (de vie et de mort) de l'organisme, et qui comprend l'homme comme mécanisme (appareil), nécessité mécanique et organisation »[829]. À ce moment-là Binswanger a déjà lu *Être et Temps* de Heidegger qui propose, au rebours de Freud, l'idée d'un Dasein comme être-dans-le-monde. Binswanger s'éloigne alors de ce qu'il considère comme un naturalisme freudien et le fossé entre sa conception et celle de Freud se creuse et devient évident.

---

[824] Cf. L. Binswanger, « Mon chemin vers Freud », 1957, in *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. Paris : Gallimard, 1970, p. 241.
[825] Cf. *Ibid*., p. 242.
[826] *Ibid.*, p. 243.
[827] Cf. P. Cabestan, « Ludwig Binswanger : un psychiatre entre phénoménologie et psychanalyse », *La Lettre du Psychiatre*, 2009, v. 3, 52-56, p. 54.
[828] L. Binswanger, « Mon chemin vers Freud », *op.* cit., p. 252
[829] Cf. P. Cabestan, *op. cit.*, p. 54.

La cinquième étape révèle un certain retour vers les travaux de Freud. Binswanger reconnaît le « génie créateur » et l'« importance historique universelle » de celui qu'il a toujours admiré et nuance la critique anthropologique faite auparavant en direction d'un élargissement et d'un approfondissement par une réflexion ontologique « de l'*être comme nature »*[830]. Bien que cette dernière étape soit souvent assimilée à une sorte de « retour à Freud », il ne faut pas oublier que, d'une certaine manière, Binswanger ne s'est jamais complètement éloigné de la psychanalyse ; malgré ce, l'évolution de sa pensée le conduit à utiliser de plus en plus des concepts propres de l'analytique du *Dasein* alors qu'il ne reprend pas les concepts fondamentaux du freudisme. Il fraye « son propre chemin entre psychanalyse et phénoménologie » mais aussi « à partir de la psychanalyse en direction d'une psychiatrie phénoménologique »[831]. La relation de Binswanger avec la psychanalyse présente plusieurs spécificités qui dépassent largement le sujet de cette thèse mais qui mériteraient d'être explorées car elles mettent en évidence les points de convergence, et plus encore ceux de divergence, entre la psychanalyse de Freud et la phénoménologie de son ami Binswanger. Nous estimons important de signaler ce « point de passage » - ces relations particulières entre deux pensées - que nous considérons comme essentiel pour comprendre l'orientation ou ancrage phénoménologique de Binswanger.

5.1.1. L'ancrage phénoménologique : trois périodes

L'identité épistémique[832] de Binswanger est difficile à cerner du fait du long parcours à la fois clinique et philosophique de ce chercheur ayant entraîné différentes influences et de multiples réflexions sur les concepts proposés. L'intérêt qu'il a manifesté pour la phénoménologie ne signifie pas une rupture avec la psychiatrie de son époque, puisque celle-ci est toujours présente dans son projet[833]. L'usage de l'outil phénoménologique répond à une nécessité découlant des débats sur la psychiatrie au début du XXème siècle et résulte aussi de l'intérêt de l'approche de Husserl puis de celle de Heidegger ouvrant la possibilité de saisir les phénomènes en eux-mêmes, sans recourir à quelque hypostasie indirecte[834]. L'ancrage

[830] Cf. L. Binswanger, « Mon chemin vers Freud », *op.* cit., p. 254.
[831] Cf. P. Cabestan, *op. cit.*, p. 54.
[832] T. Lepoutre, « À travers psychanalyse, psychiatrie et philosopgie : le 'chemin vers Freud' de Ludwig Binswanger », *Recherches en Psychanalyse*, 2014, n° 18, p. 105.
[833] E. Basso, « From the problem of the nature of psychosis to the phenomenological reform of the psychiatry. Historical and Epistemological remarks on Ludwig Binswanger's psychiatric project », *Medicine Studies*, 2012, vol. 3, n° 4, p. 219.
[834] *Ibid*., p. 225.

phénoménologique de Binswanger est basé, à l'origine, sur une demande dans le domaine clinique : trouver un moyen pour mieux comprendre le vécu du patient.

La division de la pensée d'un auteur en phases ou périodes est toujours sujette à caution soit du fait d'une excessive démarcation chronologique souvent gênante, soit du fait de la difficulté, voire de l'incapacité, à associer des éléments proches envisagés à des périodes différentes ; c'est ce qui se produit dans le cas de Binswanger. Caroline Gros dans son remarquable livre sur Binswanger nous alerte sur le risque de nous disperser face à la quantité d'auteurs et domaines explorés par lui mais aussi sur le danger de conclure trop aisément à ce qu'elle appelle une tripartition chronologique des étapes de sa pensée entre Freud-Husserl-Heidegger. En privilégiant la chronologie, elle trouve que l'on perd l'essentiel. Ainsi, préfère-t-elle parler d'une « triangulation de sources », surtout quand il s'agit d'un homme de science comme Binswanger qui « ne renonce jamais à une once de savoir, c'est toute l'humanité qui cohabite dans l'écriture, autant la littérature et la poésie que la philosophie, comme coexistaient toujours d'autres discours aux côtés de ceux animés par l'idéal scientifique »[835]. La pensée de Binswanger est une pensée qui se transforme et, dans son parcours, elle a aussi le pouvoir de transformer. Binswanger, du fait des moments *formateurs* et des moments *créateurs*, oscille entre, « d'une part, l'appropriation théorique d'une pensée et l'examen des présupposés conceptuels qui les gouvernent et, d'autre part, une mise en distance critique qui consiste en ceci qu'il ne perd jamais de vue la spécificité de son objet psychiatrique »[836]. Nous explorerons de façon spécifique – sans être en désaccord avec C. Gros sur le risque et l'imprécision de la chronologie – le parcours de Bisnwanger vers la phénoménologie. Une division par périodes nous servira de guide pour aborder son œuvre et pour démarquer les points spécifiques de chaque période qui nous permettrons d'identifier certaines dimensions convergentes avec notre sujet de thèse. Au-delà d'une division entre Husserl et Heidegger puis un retour à Husserl, conception assez didactique, nous considérons plus cohérent de mettre en évidence les thématiques qui indiquent la direction de sa pensée et sa position face à la clinique. D'après Tatossian, il n'y a rien d'arbitraire dans les « tournants » de Binswanger car ils sont toujours dictés par « le va-et-vient constant entre théorisation et expérience psychiatrique ». Toute son œuvre s'appuie toujours sur des « références philosophiques et techniques explicites et se reconnaît comme telle »[837], ce qui permet à Tatossian de le qualifier, parmi les psychiatres phénoménologues, comme le plus attaché aux dimensions théorico-philosophiques et ainsi de

[835] Cf. C. Gros, *op. cit*., p. 20.
[836] *Ibidem*.
[837] Cf. A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses, op. cit*., p. 19.

le critiquer dans le sens où il s'éloigne un peu trop de l'expérience clinique. Cette critique sévère de la part de Tatossian nous semble pertinente mais nous estimons qu'elle peut être nuancée si l'on tient compte de l'immersion quotidienne de Binswanger dans le champ clinique, condition essentielle pour la mise à l'épreuve de ses hypothèses théoriques et de ses questionnements épistémologiques.

La première période correspond à l'anthropologie phénoménologique en psychopathologie[838] ou encore à l'usage de la phénoménologie comme méthode d'intuition. Marquée par la publication en 1922 du livre, non traduit, *Introduction aux problèmes de la psychologie générale,* et par le texte « De la phénoménologie », cette période traduit l'approfondissement de la phénoménologie de Husserl dans un effort pour décrire et analyser les actes de la conscience selon leur essence. La lecture de *Recherches Logiques* permet à Binswanger d'entrevoir une nouvelle voie pour la psychiatrie, capable de concilier à la fois la rigueur scientifique et la proximité avec l'expérience[839] en fournissant des outils pour « entrer » dans la vie et dans le monde des malades. Cette approche de la phénoménologie implique pour lui un éloignement progressif de la psychanalyse. En cherchant à concevoir la « norme » ou la « structure » du fait psychique, il s'adresse à la phénoménologie qu'il considère comme une voie permettant de saisir le phénomène singulier à partir de son « essence »[840]. Il consacre une bonne partie de ses analyses, basées sur des exemples psychiatriques, aux notions d'*eidos* et d'intentionnalité[841], en utilisant une méthode phénoménologique qu'il reconnaît comme une révolution épistémologique dans la recherche en psychopathologie puisqu'elle privilégie un mode de connaissance ou d'expérience directe, mettant en évidence « les expériences vécues fondamentales, aprioriques ou pures (…) permettant de cheminer pas à pas sur le chemin qui conduit du fait particulier individuel et empirique jusqu'à l'essence pure »[842]. Cela est pour lui le point de départ de l'intérêt de l'utilisation de la phénoménologie en psychiatrie.

Dans son effort pour établir une différence entre une attitude naturaliste et une attitude phénoménologique, Binswanger est conduit, d'après C. Gros, à « se glisser dans le milieu intentionnel de l'objet visé afin d'en rapporter un matériel *conforme au monde propre du malade* ». Il s'agit d'aller vers une expérience phénoménologique capable de dégager « une

[838] J. Pita, V. Moreira, « As fases do pensamento fenomenológico de Ludwig Binswanger », *Psicologia em Estudo*, 2013, v. 18, n° 4, p. 681.
[839] C. Abettan, « Introduction », in *Phénoménologie, Psychologie, Psychiatrie*, de L. Binswanger. Paris : Vrin, 2016, p. 08.
[840] E. Basso, *op. cit*., 2014, p. 44.
[841] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses, op. cit.*, p. 19.
[842] Cf. L. Binswanger, « De la phénoménologie », *op. cit.*, p. 87.

eidetique de la vie psychique morbide » [843]. D'après Binswanger, le phénoménologue psychopathologue

> cherche continuellement à se représenter le sens sous le mots, à se tourner vers la signification du mot, vers la chose, l'expérience vécue qu'indique cette signification du mot. En d'autres termes, il veut s'introduire *dans*, au lieu de tirer des jugements *sur* la signification du mot, comme nous avions, jusqu'alors, l'habitude de l'entendre. On peut dire encore : « A force de regarder l'objet se sentir y entrer ». S'y introduire familièrement (*sich einleben*), s'y fondre, au lieu d'extraire et d'énumerer des propriétés et des signes [844].

Dans ce sens, la phénoménologie est un outil d'immersion dans les champs empirique et clinique et l'intentionnalité est ce qui permet d'aller jusqu'à la constitution de la conscience et de surmonter la scission sujet/objet. Ainsi, Binswanger a-t-il l'intention de faire de l'anthropologie phénoménologique le fondement de la psychopathologie et de la psychiatrie en comprenant l'homme à partir de son existence dans l'histoire[845]. La question du sens, de la rupture de la scission sujet/ et la considération de l'histoire du sujet sont les éléments significatifs de cette période.

Les modifications psychiatriques de l'être humain sont d'une amplitude telle que l'analyse de la conscience proposée par Husserl est, d'après Binswanger, inadéquate, puisque le sujet visé est dans un certain sens dépourvu de monde. Bouleversé par la lecture de *Être et Temps* peu après sa parution en 1927, il essaie alors de proposer des analyses moins abstraites et plus proches du champ psychiatrique[846] en adoptant un certain mode de voir le monde. Cette deuxième période, qui fait suite à la lecture de Heidegger par Binswanger, montre une sorte d'élargissement de l'intentionnalité husserlienne en être-au-monde [847]. Dans le cadre de l'herméneutique du *Dasein*, l'homme serait alors un existant (*Dasein*) que l'on doit étudier à partir de ses relations avec le monde et de ses modes de structuration. L'anthropologie phénoménologique devient *Daseinsanalyse* avec pour tâche de décrire le monde dans lequel vit le malade, les « directions de sens » et la verticalité de l'existant. Dans un propos *daseinsanalytique*, Binswanger vise la description d'un style d'être au monde et la mise en évidence des liens entre l'existant et le monde. C'est cette orientation de Binswanger qui suscite notre intérêt par son œuvre et nous permet d'envisager des « dialogues. » avec lui, utiles dans le cadre de notre thèse.

[843] Cf. C. Gros, *op. cit*., p. 132-133.
[844] Cf. L. Binswanger, « De la phénoménologie », *op. cit.*, p. 105.
[845] J. Pita, V. Moreira, *op. cit.*, p. 683.
[846] C. Abettan, *op. cit.*, 2016, p. 09.
[847] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit.*, p. 19.

Le premier texte de cette période est *Le Rêve et l'existence* publié en 1930 et traduit en français en 1955 avec une préface de Michel Foucault. Dans cette préface, cet auteur affirme que c'est « le premier des textes de Binswanger qui appartienne, au sens strict, à la Daseinsanalyse »[848]. Binswanger rejette le symbolisme du rêve en se tournant vers son contenu manifeste dans une analyse phénoménologique[849]. Il met l'accent sur le thème du rêve, le contenu de cette action, un phénomène pour lui ontologique. Le problème de la spatialité, comprise à partir de Heidegger comme une structure apriori de l'existence humaine, y apparaît comme voie pour comprendre la métamorphose de l'existence qu'est la psychose – une transformation de ce que Binswanger appelle l'*espace thymique*. Exemplifiés par la chute et l'ascension, les mouvements existentiels sont présentés comme deux directions existentielles. Leurs significations existentielles proviennent de la structure du *Dasein* où « viennent puiser le langage, l'imagination poétique et, surtout, le rêve »[850]. Le rêve serait alors une « modalité particulière de l'être humain »[851] et non un domaine particulier en soi-même. Ce qui est le plus important, voire essentiel, est son objectivation en images de tonalités affectives devenant un symbole, un événement de notre existence défini par la tension entre le subjectif et l'objectif, entre monde privé et monde commun, entre sommeil et veille[852].

Cette période d'élaboration et de présentation de la *Daseinsanalyse* en tant qu'approche du patient, constitue un pas important vers la phénoménologie. L'ombre psychanalytique, bien qu'encore présente, est plus éloignée, et l'utilisation de concepts heideggériens avec ses sources philosophiques et anthropologiques permettent le développement de la *Daseinsanalyse* comme méthode scientifique et ensuite comme orientation psychothérapeutique possible cherchant à comprendre le monde vécu des patients. Il s'agit de comprendre l'existence de l'homme dans sa totalité, comme présence dans le monde que la *Daseinsanalyse est* capable d'analyser. D'après Leroy-Viémon, Binswanger « opère une révolution dans la compréhension de l'être-en-le-monde et dans la prise en charge de son expérience existentielle »[853] ; il se tourne vers la présence de l'homme exprimant une manière d'être dans le monde avec autrui. Il faut ajouter aussi que Binswanger confère au corps (*Leib*) un rôle primordial en tant que propre au *Dasein*, élément important que nous allons explorer plus largement par la suite. Il faut aussi signaler,

[848] Cf. M. Foucault, « Préface », 1930, in *Rêve et existence*. Paris : Desclée de Brouwer, 1955, p. 14-15.
[849] P. Cabestan, F. Dastur, *op. cit*., 2011, p. 62.
[850] Cf. L. Binswanger, « Le Rêve et l'existence », 1930, in *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971, p. 202.
[851] Cf. *Ibid*., p. 204.
[852] P. Cabestan, F. Dastur, *op. cit*., 2011, p. 65.
[853] Cf. B. Leroy-Viémon, « Actualité de Binswanger pour la psychothérapie », in *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse*, dir. par B. Leroy-Viémon. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011, p. 07.

dans les années 30, la publication de deux textes importants : « Le problème de l'espace en psychopathologie » (1932) et « Sur la fuite des idées » (1933).

Au tout début des années 40, commence pour Binswanger une période intermédiaire, plus tournée vers l'anthropologie, durant laquelle il formule des critiques à l'égard des conceptions de Heidegger et aussi durant laquelle il présente plusieurs analyses de cas. Le livre majeur de Binswanger, source du désaccord avec Heidegger, *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins* (*Formes fondamentales et connaissance de l'existence humaine)*, encore sans traduction française, démontre l'intention de l'auteur de faire de la phénoménologie de l'amour « la forme fondamentale majeure sur le fondement de laquelle toute connaissance et toute compréhension de l'être de l'homme doivent s'édifier »[854]. Cette position implique une vraie opposition avec Heidegger, notamment en ce qui concerne les notions de souci et d'existence. Binswanger défend le primat de l'amour (ou même de la nostrité) sur le souci, qu'il considère comme une « forme première de notre être-au-monde, une manière d'exister sans laquelle l'homme ne pourrait se définir comme tel »[855]. La nostrité (*Wirheit*) ou le Nous (*Wir*) serait la source de la confiance en soi tout en étant définie par la tonalité singulière qu'est l'amour (*Liebe*). Notre existence, le *Dasein*, ne peut être fondée que sous l'abri constitué par le Nous. Ainsi, l'amour est un sentiment qui constitue le monde, qui permet d'échapper à la préoccupation et qui, en constituant un espace commun, est un lieu pour l'être dans la relation avec les autres.

Au-delà d'un sentiment, d'un état subjectif, l'amour est « forme », c'est-à-dire une structure *a priori*, condition de possibilité, et cette forme première est 'fondamentale' car nécessaire, ontologiquement fondatrice de toute existence »[856]. En structurant notre humanité, l'amour implique l'impossibilité d'une existence sans être aimé et sans pouvoir aimer. Le pathologique serait alors, dans ce sens, une défaillance de l'amour, une sorte de nostalgie de la réciprocité aimante qui tient autant de l'authenticité que de la relation avec autrui[857]. De cette façon, en tant que forme fondamentale, la privation de cette structuration première impliquerait, selon Binswanger, une condition d'impossibilité de l'être humain conduisant parfois à la « folie ».

Sans aller plus loin sur la question de l'amour, nous insisterons malgré tout sur un dernier point : la conséquence de cette approche sur la notion de « soin » chez Bisnwanger. La

[854] Cf. P. Cabestan & F. Dastur, *op. cit*., 2011, p. 67-68.
[855] Cf. M. Coulomb, « L'amour ou la folie selon Ludwig Binswanger », *L'information psychiatrique*, 2010, vol. 86, n° 9, p. 799.
[856] Cf. *ibid.*, p. 803.
[857] B. Leroy-Viémon, *op. cit.*, p. 15.

signification possible du *Sorge* heideggerien, « soigner », est conçu ici sur fond d'amour et de nostrité, donc de manière très différente d'une préoccupation utilitaire vers un objet. Il s'agit d'« établir une relation de nostrité, se fondant sur la possibilité de la restauration de la réciprocité » et, tout au long d'une thérapie par exemple, il faudra « permettre au malade de découvrir la possibilité d'un 'Nous' »[858]. Binswanger, par ses ouvrages et par sa pratique clinique, contribue largement à l'avancée des soins psychiques et le thème central, présent dans ce livre, – la subjectivité est d'abord intersubjectivité[859] – est le signe d'une avancée, un véritable saut, qu'il veut promouvoir et qu'il promeut dans le domaine de la santé. Comme l'a écrit Roland Khun, ami et représentant important de la *Daseinsanalyse*, Binswanger nous « apprend à être présent avec le malade, ici et maintenant, et à l'accompagner à partir de cette situation présente vers l'avenir, en lui ouvrant le champ de ses possibilités »[860].

Les cas cliniques, comme ceux d'Elle West (1944), d'Ilse (1945), de Jürg Zünd (1946-1947) et de Lola Voss (1949), aussi bien que celui d'Hendrik Ibsen (1950) et plus tardivement celui de Suzanne Urban (1957), font partie de cette période très heideggérienne et, pourrions-nous dire, très *daseinsanalytique*, du fait du choix de la direction descriptive des mondes constitués des malades . Le dernier livre de cette période, *Trois formes manquées de la présence humaine* (distorsion, présomption et maniérisme), est aussi la marque dans les études *daseinsanalytiques* de la psychose schizophrénique. Ses racines épistémologique et aussi phénoménologique conduisent Binswanger à toujours plus de questionnements théoriques et pratiques. Durant cette période, il se montre encore insatisfait dans la mesure où il considère ne pas avoir encore trouvé des bases suffisantes pour comprendre le monde des psychoses. La description des mondes constitués des malades est un pas important mais ne facilite guère, d'après Tatossian[861], la prise en considération de la question de la genèse de ces mondes, question importante relevée par Binswanger lui-même. Cela peut être l'un des justificatifs de ce que l'on nomme souvent « retour à Husserl » ou « tournant husserlien » présent dans sa troisième période.

Le point central de cette période assez courte, entre 1960-1965, est la constitution de l'expérience, surtout de l'expérience délirante, sous l'inspiration de la phénoménologie husserlienne et plus spécifiquement de l'interprétation donnée par son ami et philosophe hongrois Wilhelm Szilasi. S'agit-il d'un vrai retour à Husserl et d'un abandon de la

[858] Cf. M. Coulomb, *op. cit.*, p. 804.
[859] B. Leroy-Viémon, *op. cit.*, p. 07.
[860] Cf. R. Khun, *op. cit.*, p. 143.
[861] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 19.

Daseinsanalyse ? On peut admettre la direction prise vers Husserl mais à notre avis il ne faut pas restreindre cette période, ni les autres, à une simple influence de la pensée d'Husserl ; cela nous paraît injustifié et ne tient aucun compte de l'amplitude de l'approche de Binswanger dont les remarques et critiques sont des caractéristiques de l'originalité sa pensée. Même si la phénoménologie de Husserl marque cette période, cela n'implique pas l'abandon de la démarche heideggerienne et de la *Daseinsanalyse* puisque Binswanger « tente au contraire de conjuguer les démarches de Heidegger et de Husserl, l'intentionnalité avec l'être-au-monde et le transcendantal avec la prise en compte du factuel »[862]. Binswanger lui-même ironise sur cette question dans l'avant-propos de *Délire* en reconnaissant que la *Daseinsanalyse* s'est servie déjà de la méthode phénoménologique et que son premier texte sur la phénoménologie de Husserl et la psychiatrie date de 1922[863]. Il s'agit ici d'une phénoménologie génétique, centrée surtout sur la subjectivité, plutôt que d'une phénoménologie descriptive ou même anthropologique. Son intention est d'envisager les modes de constitution ou les moments structurels de l'expérience en visant les défaillances de cette structure dans les cas pathologiques[864], d'où ses mots « décrire les maladies mentales à partir de leur constitution d'être »[865], ce qui « dépasse » la description pour aller jusqu'à la constitution.

Avec les livres *Mélancolie et Manie* puis *Délire*, Binswanger propose une analyse ambitieuse et radicale du vécu dans ses dimensions constitutives, fondées sur la phénoménologie husserlienne qui doit rendre compte des modes de constitution normale et pathologique de l'expérience psychotique. Il y a une régression du *Dasein* vers le sujet transcendantal et vers l'ego pur justifiée par une compréhension de la signification théorique de l'ontologie de Heidegger qui rend problématique l'application de cette dernière à la science psychiatrique[866]. Il croit vraiment que la doctrine husserlienne de la conscience intentionnelle est « la seule science qui nous permette de réaliser ce que les doctrines de l'organisme ou la biologie réalisent pour la médecine du corps »[867].

[862] Cf. P. Cabestan, F. Dastur, *op. cit.*, p. 75.
[863] L. Binswanger, *Délire. Contributions à son étude phénoménologique et daseinsanalytique*, 1965. Grenoble : Jérôme Million, 1993, p. 9.
[864] F. De Gandt, « Sur Délire de Binswanger », conférence donnée dans le séminaire de l'École Française de Daseinsanalyse le 10 décembre 2016. Disponible sur: http://www.daseinsanalyse.fr
[865] Cf. L. Binswanger, *Mélancolie et Manie. Études phénoménologiques*, *op. cit.*, p. 15.
[866] P. Cabestan, F. Dastur, *op. cit.*, p. 86.
[867] Cf. L. Binswanger, *Mélancolie et Manie. Études phénoménologiques*, *op. cit.*, p. 82.

La plupart des commentateurs reconnaissent cette période comme la plus « ambitieuse et radicale » et comme « la période la plus créative »[868], contrairement aux critiques sévères faites par Tatossian :

> Le passage de la *Daseinsanalyse* à la phénoménologie transcendantale comporte ainsi d'aller d'une démarche imprégnée par l'historicité humaine à une autre totalement anhistorique et, fait le plus grave, d'une démarche qui avec Heidegger avait surmonté la distinction sujet/objet à une autre qui ne la surmonte plus, puisqu'elle parle de maladies[869]

Il faut considérer qu'il s'agit d'une période très courte et Binswanger, lors de l'écriture de *Mélancolie et Manie*, avait déjà presque quatre-vingt ans. On observe un net changement de direction théorico-clinique, même s'il ne cesse de justifier et de positionner ses derniers écrits à un niveau purement théorique. Il nous semble que la question centrale posée par lui sur la genèse des phénomènes psychopathologiques est tout à fait pertinente. Néanmoins, son mode de réponse, bien qu'il présente une certaine originalité, demeure, comme le critique Tatossian, très peu historique et assez centré sur la question de la constitution et, dans le cas de *Mélancolie et Manie*, sur la temporalité, en laissant de côté d'autres catégories fondamentales comme celles du corps et de la relation avec autrui.

Ces considérations, sur l'ancrage phénoménologique de Binswanger, nous fournissent un panorama de son parcours et montrent bien sur quels points ses discussions servent d'inspiration pour la compréhension du vécu hyperphagique dans l'obésité et contribuent à la clarification de cette question. Nous travaillerons désormais sur quelques fondements de la *Daseinsanalyse* pour ensuite aborder trois axes que nous considérons comme centraux et source de dialogues : le corps vécu, les directions de sens et la psychothérapie.

5.1.2. Fondements de la *Daseinsanalyse*

Après avoir montré le parcours de Binswanger, il nous semble pertinent de clarifier quelques fondements de la *Daseinsanalyse* proprement dite. Depuis 1930, Binswanger a développé sa théorie dans la direction d'une recherche analytique-existentielle en psychiatrie. Au cours de ce chemin vers la *Daseinsanalyse*, on doit évidemment mentionner les contributions de Medard Boss, psychiatre suisse qui, après 1950, a donné une nouvelle version de ce champ en critiquant à plusieurs reprises la position de Binswanger et en adoptant une

[868] Cf. J. Pita, V. Moreira, *op. cit.*, p. 685.
[869] Cf. A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit.*, p. 124.

direction plus psychothérapeutique et plus proche de la pensée de Heidegger. Binswanger et Boss sont les artisans de l'édification de la *Daseinsanalyse* telle que nous la connaissons aujourd'hui. Nous adopterons ici une direction proche de celle de Binswanger en montrant quels sont les axes de sa proposition et en reconnaissant son rôle fondateur.

Lorsque l'on se propose de discuter les fondements de la *Daseinsanalyse*, le premier point concerne le sens réel du terme et les difficultés de sa traduction car le mot allemand *Dasein* porte une spécificité et une difficulté de traduction remarquables. La traduction de *Dasein,* utilisée le plus souvent, est celle d'« être-là ». Cependant, avec un sens un peu plus large et en tenant compte de son origine dans la philosophie de Heidegger, le *Da* (là) signifie l'être dans l'existence, dans sa présence actuelle, ce qui a servi de justification dans le livre *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* , pour la traduction française « être-présent »[870]. Pour Heidegger, « le *Dasein* est son ouverture »[871], c'est-à-dire qu'il existe dans le monde à être. On peut concevoir qu'un seul mot n'atteint pas une amplitude suffisante pour contenir toutes les nuances. Face à la difficulté de traduction, on constate souvent l'utilisation en français du terme complet *Daseinsanalyse* ou encore de sa version, adaptée à cette langue, « analyse existentielle ». Nous opterons donc pour utiliser le terme *Daseinsanalyse* afin de maintenir le sens complet et profond de *Dasein*. Nous croyons qu'au-delà de la traduction, il faut reconnaître l'importance de cette expression lors de son utilisation en psychiatrie[872]. Lorsque Binswanger trouve que chez Heidegger le *Dasein* correspond ce qu'est l'être humain, il voit une opportunité pour sortir de la logique naturaliste faisant du malade le porteur de symptômes et il voit aussi l'opportunité de considérer le patient dans sa totalité, sa globalité.

Lors de la première utilisation de ce terme en 1945, Binswanger précise qu'il assimile la *Daseinsanalyse* à une « recherche anthropologique, c'est-à-dire à une recherche scientifique dirigée sur l'essence de l'être-homme »[873]. Avec des énonciations inspirées des formes et structures du *Dasein*, il conçoit la *Daseinanalyse* dans un ancrage phénoménologique qui doit toujours laisser le contenu phénoménal se révéler – il serait le guide méthodologique. Binswanger combat, en évoquant Flaubert, le besoin passionné et, ajouterions-nous, de plus en plus exagéré de tirer des conclusions, d'avoir des opinions, de réfléchir sur quelque chose sans

[870] R. Lewinter, « Avant-propos du traducteur », in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours, et Freud*, *op. cit*., p. 43.
[871] Cf. M. Heidegger, *Être et Temps*,1927. Paris : Gallimard, 1986, p. 134.
[872] A. Holzhey-Kunz, *Introduction à la Daseinsanalyse. Un regard existential sur la souffrance psychique et sa thérapie*, trad. L. Defago. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2016, p. 19.
[873] Cf. L. Binswangen, « Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie », 1945, in *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*, *op. cit.* , p. 51.

permettre l'expression de la chose. Il s'agit, selon les mots de Flaubert, de la « rage de vouloir conclure », ce que rejette Binswanger qui est persuadé de l'impossibilité de conclure, comme l'a bien signale Fédida[874] en citant Paul Valéry pour illustrer la position de Binswanger : « où nous accusons ou jugeons, le fond n'est pas atteint ». Cette tentation de conclure, parfois irrésistible, doit être évitée au niveau des relations avec autrui et surtout en clinique car elle peut empêcher l'expression des expériences et de l'être dans sa totalité.

La *Daseinsanalyse* de Binswanger s'édifie sur la base de l'analytique du *Dasein* de Heidegger, c'est-à-dire que l'analyse existentielle a pour source l'analytique existentielle. Néanmoins, il faut préciser certaines nuances entre les idées des deux auteurs. Binswanger entend la *Daseinsanalyse*, avec une portée plus étroite que Heidegger ; pour lui il s'agit d'une « analyse empirique-phénoménologique, scientifique, des modes et des structures d'être-présents factuels », alors que l'analytique existentielle de Heidegger a une portée plus large, puisque c'est une « clarification philosophique-phénoménologique de la structure a-priorique ou transcendantale de l'être-présent (*Dasein*) comme être-dans-le-monde »[875]. Binswanger lui-même reconnaît les différences et ne fait pas de la première une transposition psychiatrique et scientifique de la deuxième. Sa conception est issue de sa propre insatisfaction, malgré les projets scientifiques de l'époque, et de son désir d'une nouvelle compréhension de l'être basée sur l'analytique existentielle[876]. Binswanger veut sortir des dichotomies, du clivage sujet-objet et présenter dans le champ psychiatrique une subjectivité comme transcendance, comme ouverture, comme être-dans-le-monde – un horizon qui n'est rendu possible qu'à partir de Heidegger[877]. Il comprend qu'on ne peut pas figer l'individu dans une nosographie et nier sa capacité à exister dans le monde de différentes manières. Dans cette direction, les maladies seraient alors des « flexions de la structure fondamentale ou essentielle et des membres structuraux de l'être-dans-le-monde comme transcendance »[878], ce qui implique pour lui une transformation de la forme totale, du style de vie du *Dasein*. Il ne s'agit pas de concevoir la

[874] P. Fédida, « Binswanger et l'impossibilité de conclure », in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours, et Freud*, L. Binswanger, *op. cit*., p. 25.
[875] Cf. L. Binswanger, « Analyse existentielle et psychiatrie », 1950, in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours, et Freud*, L. Binswanger, *op. cit*., p. 86.
[876] L. Binswanger, « Analyse existentielle et psychothérapie », 1954, *ibid.*, p. 115.
[877] Si Binswanger reconnaît le rôle central et l'influence de Heidegger dans son parcours, Heidegger l'accuse souvent de ne pas avoir bien compris sa philosophie, comme on peut bien percevoir dans les *Séminaires de Zollikon*. Il a reçu des critiques par rapport à son chemin *daseinanalytique*. Voir : M. Heidegger, *Séminaires de Zurich*, 1987. Paris : Gallimard, 2010 ; voir aussi Z. Loparic, « Binswanger lecteur de Heidegger : un malentendu productif ? », in *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse*, dir. par B. Leroy-Viémon. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011.
[878] Cf. L. Binswanger, « Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie », *op. cit.*, p. 56.

conception du pathologique comme une opposition à celle de santé, mais de la voir comme des nouvelles formes d'être-au-monde.

Le fil conducteur méthodologique de la *Daseinsanalyse* est le concept de monde en tant qu'*horizon* global de significations qui permet et limite à la fois les modes d'expérience[879]. Ce monde est projet-de-monde (*Weltentwurf*). Binswanger introduit de façon originale ce terme dans la psychiatrie en considérant que « chaque être humain vit dans un 'monde' particulier, un 'projet-de-monde' particulier, individuel, dans lequel différents mondes sociaux et culturels se chevauchent et interfèrent »[880]. Son projet est d'accéder au *Dasein* et de pouvoir le décrire par un projet de monde qui est à la base de chaque vécu y compris dans les modes pathologiques. Cette direction méthodologique rompt avec les catégories médicales usuelles différenciant santé et maladie et met en évidence le projet-de-monde[881] du patient. Il ne s'agit pas de voir cela comme un manque ou l'absence de tel ou tel élément dans une maladie mais d'insister sur le projet-de-monde du sujet, différent et souvent statique. Puisque « les malades mentaux 'vivent dans d'autres mondes' que nous »[882], la tâche de la psychopathologie, en utilisant la *Daseinsanalyse,* est de décrire ces projets-de-monde afin de localiser la flexion de l'être-dans-le-monde – signe d'un mode de vie pathologique. Binswanger utilise la structure *a priori* du *Dasein*, propre de la thèse ontologique de Heidegger, avec un objectif pratique, celui de comprendre la structuration des projets-de-monde des malades. Pour cela, il reconnaît l'existence d'une norme liée à cette structure laquelle peut révéler aussi bien les configurations typiques d'un comportement qu'une existence singulière et historique. La voie d'accès de l'étant à l'homme est « toujours seulement *dans* un et *par* un projet-de-monde déterminé »[883], affirme-t-il.

En traitant de la structure du *Dasein*, la *Daseinsanalyse* de Binswanger vise les contenus exprimés en ne conservant que les phénomènes se présentant en tant que tels. Tout cela apparaît à travers le langage qui est à la fois la voie pour consolider et articuler nos projets-de-monde et aussi pour les établir et rendre possible la communication. Ainsi, l'attention doit-elle être tournée vers « le contenu des expressions et des annonces linguistiques en allusions aux projets-de-monde, singuliers ou pluriels, dans lequel vit ou a vécu celui qui parle »[884]. Nous devrons donc déchiffrer le contenu du monde exprimé à partir du phénomène lui-même qui traduit une

[879] *Ibid*., p. 58.
[880] Cf. A. Holzhey-Kunz, *op. cit*., p. 19.
[881] A. Holzhey-Kunz, *op. cit*., p. 20.
[882] L. Binswangen, « Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie », *op. cit.*, p. 83
[883] Cf. *Ibid.,* p. 66.
[884] Cf. *Ibid.*, p. 67.

texture avec sa marque particulière. Binswanger cherche le fond existentiel qui rend possible ces modes d'expression. Le langage, les rêves ou même les protocoles de Rorschach sont des moyens, comme cela est bien admis, permettant de découvrir les structures du *Dasein*[885]. Du point de vue clinique, on peut dire qu'il y a une confrontation avec ces projets-de-monde dans le parcours effectué pour comprendre les différentes structures d'être-au-monde.

Lorsque Binswanger refuse la reconnaissance isolée d'un symptôme en psychopathologie, il défend la recherche du tout qui l'englobe, c'est-à-dire « l'unité d'un projet-de-monde »[886]. Cette notion de projet ne peut pas être séparée de celle de la temporalité car elle ramène au sens temporel de la projection de l'existence puisque la vie est le projet d'un être-jeté. Selon Heidegger, « Le projet d'un sens de l'être en général peut s'accomplir dans l'horizon du temps »[887]. On vit, dans le dévoilement de ces possibilités dans le champ existentiel[888], un mouvement à être. L'accent mis sur la notion de projet, avec celle de souci (Sorge) en tant que conditions d'ouverture aux possibilités, révèle le mode de voir que Binswanger instaure dans la *Daseinsanalyse*. Ces dimensions s'ancrent dans les structures existentielles comme la temporalité, la spatialité, la corporéité, l'être-avec, l'humeur (Stimmung) et l'être-pour-la-mort. Pour autant, Binswanger considère que l'analyse des différents modes d'être-au-monde ne doit pas se restreindre aux structures fondamentales comme par exemple l'accent mis sur la temporalité et sur la spatialité ; sans les refuser, il affirme qu'il est important de considérer aussi « les coloris, l'éclairage, la matérialité et surtout la dynamique du projet-de-monde tel qu'il est à chaque fois »[889], c'est-à-dire les tonalités affectives et de chercher la dynamique, le mouvement particulier qu'elles entrainent quant au caractère vital. Les tonalités affectives en effet traduisent les modes dont l'être est là dans ses projets de sens et fournissent le « ton », la manière d'être de l'existence.

Grâce à ce bref exposé, on peut percevoir la direction suivie par Binswanger. En mettant l'accent sur l'expérience comme source scientifique et priorité clinique, il établit les bases pour une analyse du *Dasein* en tenant compte des conceptions heideggériennes. Cela permet de comprendre un individu dans son ancrage mondain et dans son projet. En psychopathologie, cela nous intéresse particulièrement, puisqu'on peut ainsi identifier des flexions qui peuvent caractériser et/ou rendre possible les modes de vie pathologique. Nous voulons dans cette thèse,

[885] L. Binswanger, « Analyse existentielle et psychiatrie », *op. cit.*, p. 86.
[886] Cf. L. Binswangen, « Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie », *op. cit.*, p. 72.
[887] Cf. M. Heidegger, *Être et Temps*, *op. cit*., p. 235.
[888] A. Feijo, « A clínica daseinsanalítica : considerações preliminares », *Rev. da Abordagem Gestáltica*, 2011, vol. XVII, n° 1, p. 31.
[889] Cf. L. Binswangen, « Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie », *op. cit.*, p. 80.

en nous inspirant des travaux de Binswanger, essayer d'identifier, d'une certaine façon, les flexions et les modes d'expérience qui marquent le vécu hyperphagique. Dans ce parcours vers ce mode d'existence, le corps vécu est encore un élément majeur, une marque, puisque porteur de notre existence et de nos possibilités d'être-au-monde.

5.1.3. Le corps vécu (*Leib*) et la *Daseinsanalyse* : l'existence, le monde et la souffrance

Le corps (*Leib*) dans la *Daseinsanalyse* est une thématique assez difficile à aborder car elle implique de façon directe et aussi indirecte l'approche du corps dans la philosophie de Heidegger[890]. Dans une approche phénoménologique, lorsque le thème est le corps, les références le plus souvent évoquées sont les travaux de Husserl et de Merleau-Ponty. Cela ne doit pas être considéré comme une preuve de mépris ou comme une négligence de la notion de corps chez Heidegger et chez Binswanger. D'après Binswanger, dont les travaux servent de base dans cette partie de notre étude, « le *Dasein*, qu'on l'ait dit expressément ou non, est toujours compris comme prise en considération (*mitberück-sichitigt*) en tant que *Dasein corporel* »[891]. Il s'agit d'un corps qui est toujours corps d'un *Dasein* car il accompagne sans cesse l'exister[892]. Ainsi, la description du monde du malade est-elle concomitante à la prise en compte de son propre corps.

Si le *Dasein* est toujours corporel, la manière dont nous possédons ou vivons le corps ramène aussi à un mode d'existence. Nous pouvons le vivre selon plusieurs modes et même essayer de l'ignorer, mais on ne peut jamais vivre tout à fait en dehors de lui. Le corps vécu « existe » et est associé à l'accomplissement de l'être-au-monde. Binswanger, selon les conceptions de Heidegger, situe le corps dans l'existence ; il semble s'éloigner de la notion de corps vécu[893] et même paraît l'éviter ; le corps vécu devient, de façon corrélative, un « mode de la corporéité » ou encore un « mode d'existence » modifiable dans son rapport avec le monde mais comme cela a bien été formulé dans le texte que nous avons cité auparavant, le fait de ne pas le nommer n'implique pas son absence ou même un vide de sens.

---

[890] Sur ce sujet, voir : M. Caron, « Sur la question du corps dans la pensée de Heidegger. De *Sein und* Zeit aux *Séminaires de Zollikon* », *Archives de Philosophie*, 2008, n° 2, Tome 71, p. 309-329.
[891] Cf. L. Binswanger, « Importance et signification de l'analytique existentiale de Martin Heidegger pour l'accession de la psychiatrie à la compréhension d'elle-même », 1958, in *Introduction à l'analyse existentielle*, *op. cit.*, p. 253-254
[892] C. Gros, *op. cit.,* p. 230-231.
[893] A. Holzhey-Kunz, *op. cit*., p. 66.

Dans la conférence « De la psychothérapie », Binswanger aborde la question du corps sur un « plan purement *phénoménal*, c'est-à-dire à l'intérieur de la sphère de l'existence »[894]. Il met l'accent sur le fait que la condition de l'homme, au-delà de posséder un corps et de savoir comment ce corps vécu est fait, est d'être en permanence son propre corps, c'est-à-dire que l'homme parle ou s'exprime selon le langage de son corps. Étant donné que la corporéité « n'est qu'une forme particulière de l'existence humaine »[895], le point central est de savoir comment cette corporéité s'y présente. Elle n'est pas toujours guidée selon un sens propre, originaire et immanent. Dans cet exposé, Binswanger décrit une jeune fille qui devient aphonique et a des crises de hoquet après l'interdiction faite par sa mère de revoir l'homme qu'elle aime. Ce symptôme hystérique signifie, affirme-t-il, « l'articulation et l'accentuation corporelles d'un mode d'exister général replié sur la corporéité et sur le langage du corps »[896], un mode qu'il décrit comme « déficient ». Cette jeune fille a une vie purement corporelle ; elle a perdu inconsciemment son rapport avec le passé et avec l'avenir face à sa stagnation existentielle (être-pris-par-le-corps). Le corps englobe et, d'une certaine façon, prend soin de son existence – sa corporéité devient son seul mode d'expression. La psychothérapie serait ici une modalité thérapeutique permettant un retour possible à ces dimensions perdues et la (ré)appropriation de la corporéité dans son inhérence.

La manière dont Binswanger insère le corps dans cette discussion de cas et met en opposition un mode d'être périphérique et un mode d'être purement central nous semble particulièrement intéressante. La symptomatisation du *Dasein*, vécue par la jeune fille, serait comme un « enlisement dans la corporéité, c'est-à-dire comme un mode impropre ou subordonné d'être soi-même »[897], un mode qu'il nomme de périphérique en fonction de son caractère impersonnel. Le corps assume le « contrôle » et dépasse, d'une certaine façon, le sujet qui souvent ne se reconnaît pas dans ce qu'il éprouve. La patiente est prise par son corps. Ce mode périphérique, pas forcément lié à la sphère pathologique, est souvent en acte, comparable par exemple à ce qui se passe quand on oublie quelque chose ou quelqu'un. Cependant, ce mode périphérique est en contraste avec ce que Binswanger nomme mode ou type d'existence purement central. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un mode d'être de la corporéité signalant une condition d'être apparaissant seulement dans de rares moments, quand on est « 'tout à fait avec nous-mêmes', ou tout à fait nous-mêmes ». Pendant ces moments, nous ne nous retirons pas

[894] Cf. L. Binswanger, « De la psychothérapie », 1935, in *Introduction à l'analyse existentielle*, *op. cit*., p. 131.
[895] Cf. *Ibid.*, p. 137.
[896] Cf. *Ibid.*, p. 140.
[897] Cf. C. Gros, *op. cit*., p. 232.

complétement de notre sphère corporelle mais nous la vivons différemment. Pour Binswanger, « Ce sont les moments où 'notre cœur parle', le centre, la profondeur de notre être propre » [898], ce qui a été perdu dans le cas qu'il présente. Dans ce sens, il faut, pourrait-on dire, chercher cette centralité qui transite aussi par le mode périphérique. Le cas évoqué par Binswanger illustre le pouvoir du corps dans notre existence et l'importance d'une appropriation de cette sphère si importante.

Ce cas analysé par Binswanger est cité par Merleau-Ponty. Dans la *Phénoménologie de la perception*, ce dernier auteur fait référence à Binswanger à plusieurs reprises et considère que ce cas d'aphonie peut illustrer sa propre théorie. Le mode d'existence périphérique est nommé par lui différemment, soit comme processus à la troisième personne, soit comme l'anonymat du corps, soit encore comme l'existence impersonnelle par opposition à l'existence personnelle[899]. À ce moment il considère que le corps fonctionne comme un circuit plus ou moins autonome de fonctions sensori-motrices et aussi perceptives dont le sujet peut avoir conscience ou non. Pour lui, autour de l' existence personnelle apparaît « une marge d'existence *presque* impersonnelle pour ainsi dire de soi et à laquelle je me remets du soin de me maintenir en vie »[900]. Cependant, même coupé de ce circuit, le corps ne retombera jamais tout à fait sur lui-même[901]. Autrement dit, la référence à un monde ne sera jamais tout à fait supprimée. Le corps, en exprimant notre existence totale, est à la fois liberté et servitude, ouverture et fermeture. Ancré dans le monde, on vit ce circuit avec différents modes d'existence

En discutant le cas, Merleau-Ponty assume une orientation existentielle. Il laisse de côté la phase orale du développement de la sexualité et reconnaît que la fixation sur la bouche est un signe des « relations avec autrui dont la parole est le véhicule »[902]. Ainsi, l'aphonie serait un refus de la coexistence et, au-delà d'une signification, ce corps est ce qu'il signifie. On peut percevoir ici la dimension impersonnelle, le mode périphérique pour autant que l'aphonie n'est pas un silence voulu car la jeune fille ne peut pas parler – « Être aphone n'est pas se taire : on ne se tait que quand on peut parler »[903]. La reprise de la voix ne serait possible que par une réappropriation du corps, un geste dans une ouverture à autrui ou au passé. Cela demande une sortie de ce mode périphérique. Néanmoins, il faut dire aussi que même sous ce mode impersonnel qui met à distance ce corps, il s'agit encore d'un mode particulier de l'existence.

[898] Cf. L. Binswanger, « De la psychothérapie », *op. cit*., p. 141.
[899] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », 1945, in *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010, p. 762-763.
[900] Cf. *Ibidem.*
[901] *Ibid*., p. 851.
[902] Cf. *Ibid*., p. 846.
[903] Cf. *Ibid*., p. 847.

Dans ce sens, le chemin psychothérapeutique passe par une (re)appropriation de ce corps et de l'existence.

En revenant maintenant au vécu hyperphagique, nous pouvons percevoir aussi l'expression d'un mode périphérique qui met en évidence la distance et le déséquilibre entre le corps vécu et le corps objet. Lorsqu'il y a une perte de contrôle, il y un corps déréglé, une sorte de « machine » en action devenue incontrôlable. Dans la suite de l'acte hyperphagique, lors du retour « plus personnel » de cette expérience corporelle vécue, l'excès peut être éprouvé, vécu avec une grande culpabilité comme un acte vu et évalué comme excessif par les autres et par celui qui mange. Dans un jeu entre la première et la troisième personne, on pourrait dire que, d'une certaine façon, il n'y a pas un « je mange » authentique dans l'acte hyperphagique mais un « il (le corps) mange » dans un mode périphérique d'action. Nous ne voulons pas dire ici qu'un mode périphérique signifie une absence totale du sujet, cela est inenvisageable mais qu'il révèle une certaine perte de la centralité et de l'équilibre dans le mode d'être de la corporéité : tout se passe comme s'il s'agissait d'un corps « étranger » en acte qui a une envie irrépressible de cette action. On pourrait signaler aussi le cas du phénomène de l'obésité. Évidemment, il y a plusieurs modes d'être obèse. Dans le cadre de cette discussion, on peut donner comme exemple les sujets qui ont une prise de poids très rapide ou au contraire une perte de poids très importante du fait d'un acte chirurgical adapté. Ces patients peuvent vivre un vrai bouleversement face au changement d'un corps auquel ils étaient habitués. L'espace corporel change mais aussi le mode d'être-au-monde. Cela peut impliquer une dépersonnalisation, l'instauration d'un conflit face à un corps qui semble étrange, impropre. Ces remarques illustrent bien cette question du corps et peuvent nous éclairer et nous fournir des indices permettant de comprendre les expériences vécues par nos patients.

En revenant à Binswanger, on peut constater qu'il privilégie le *Leib* comme mode d'existence en concluant que les symptômes affectent l'homme dans sa totalité. Autrement dit, il considère que le corps ne peut être compris que dans l'existence. Ce corps vécu aurait un mode de vivre à la fois périphérique et central, à la troisième personne et aussi à la première. Il faut admettre que la corporéité n'est pas une thématique récurrente chez Binswanger car elle est rarement traitée de façon directe. D'un côté, on pourrait attribuer partiellement ce fait à la direction suivie par Heidegger dont s'inspire Binswanger. De l'autre, on observe que même corporel, le *Dasein* transcende cette dimension, ce qui pour Binswanger justifierait son approche indirecte. De toute façon, on peut dire aussi que Binswanger place toujours le corps dans sa communication et ses échanges avec le monde et aussi comme geste et expressivité.

Pour terminer il nous paraît intéressant de préciser la place du corps dans la *Daseinsanalyse* selon les propositions faites récemment par Alice Holzhey-Kunz, cela pouvant servir lors de la discussion qui va suivre. Analyste suisse, et encore peu connue en France, nous avons pu accéder à l'ouvrage de cette auteure, traduit en français depuis peu, *Introduction à la Daseinsanalyse, o*uvrage dans lequel elle signale quelques points qui nous semblent pertinents, surtout du fait de la « distance » prise par Binswanger, Boss et aussi Heidegger par rapport au corps. S'inspirant des travaux de Heidegger, elle affirme que « le corps vécu humain est tel que chacun a son être-corps 'à-être' »[904], c'est-à-dire qu'il n'est pas simplement un corps *que nous sommes* et un corps *que nous avons* mais que ce corps se présente comme tâche, ce qui explique qu'il puisse se manifester, par exemple, dans nos besoins corporels. Il y a dans ce cas un impératif et personne n'est libre, nul ne peut y échapper. Néanmoins, tout en constatant cette dimension ou plutôt ce fait, elle mentionne l'essai réalisé pour déléguer cette tâche. Au lieu par exemple d'accepter de ressentir l'angoisse ou l'impuissance, un suppléant peut être recherché afin d'effectuer cette tâche et c'est le propre corps qui reçoit alors la tâche dévolue normalement de l'être-sujet ; cela empêcherait, par exemple, la confrontation directe et personnelle du sujet avec une problématique[905]. Cette auteure cite la *souffrance psychosomatique* comme un exemple de cette délégation. Avec quelques réserves, nous estimons que l'on peut dire que le vécu hyperphagique se présente dans ce sens, surtout si nous nous centrons sur l'acte lui-même, c'est-à-dire sur l'acte d'un individu qui veut manger, et ne peut pas ne pas le faire, souvent pour ne pas ressentir toute la souffrance qui l'entoure. Le *corps objet* assume la tâche comme une sorte de véhicule, d'une certaine façon, sans contrôle et sans limite. Cela peut être une direction de sens propre au vécu hyperphagique mais en fin de compte, ce déplacement de tâche n'est pas capable d'apaiser la souffrance car le « retour » au corps sujet ne peut engendrer que culpabilité et souffrance.

L'expérience du corps vécu est une expérience d'être. Il y a une compréhension propre du corps et aussi une évaluation souvent régie par la culture. On vit une tendance à l'idéalisation que Holzhey-Kunz attribue à la fois au déclin général de la tradition chrétienne et aussi à la prospérité et à l'avancée significative de la médecine. Ainsi, le corps est idolâtré mais loin de celui donné par la nature. On idolâtre le corps jeune et en accord avec les modèles de beauté lesquels varient selon les époques et les cultures. Par conséquent, il y a une recherche permanente de ce corps idéal dans une lutte menée contre la vraie nature corporelle. Plus loin est l'idéal, plus ardu est le parcours. Tout cela montre la difficulté qu'il y a aujourd'hui pour

[904] Cf. A. Holzhey-Kunz, *op. cit*., p. 68.
[905] *Ibid*., p. 71.

assumer ce corps, parfois imparfait, malade, âgé et, ajouterons-nous dans le cas qui nous intéresse, gros. Être ce corps que nous avons à être ne se restreint pas à nous-mêmes car il est et sera aussi toujours un corps pour autrui, un corps dans le monde.

La perception négative du corps est souvent présente et elle est aggravée dans la mesure où existe un corps idolâtré qui est inatteignable, et qui nous échappera toujours. L'être corps peut tendre à devenir un « fardeau » ou même souvent le devient vraiment. Sans pouvoir être soulagé nous ne cessons d'être notre corps et d'avoir à l'être. Nous ne pouvons pas choisir notre corps (du moins pas encore) mais seulement agir sur ce corps qui nous a été donné. Face à cette constatation, il ne nous reste que l'action sur sa condition d'ouverture. Cependant, il existe une possibilité de souffrance de la propre nature corporelle, c'est-à-dire une souffrance qui est située dans le corps lui-même en tant qu'objet. Notre corps nous est donné et nous avons la tâche de nous identifier à lui, de « le faire » comme notre corps propre. Nous sommes ce corps que nous vivons et aucun autre. Nous pouvons désirer, idolâtrer d'autres corps, essayer de changer le nôtre, etc., mais tout cela est peine perdue car il n'existe pas d'autre possible que le nôtre avec tout ce qu'il a à être. En résumé, « souffrir de son corps peut prendre plusieurs formes, mais implique toujours une révolte contre le destin injuste d'être bâti corporellement ainsi et pas autrement »[906]. La bonne nouvelle est que notre existence corporelle est possibilité et ouverture au monde. Par ailleurs, cette transcendance se fait face à la temporalité et à la finitude. La souffrance peut prendre plusieurs formes et diverses voies d'expression. De ce fait, « Plus fort est le souhait d'être maître de son corps, plus sont blessantes toutes les manifestations corporelles qui prouvent que ce souhait est illusoire »[907]. Maîtriser notre corps n'est qu'une illusion, vécue souvent comme souffrance.

Ces points que nous venons de soulever peuvent susciter plusieurs questions ayant pour centre le corps vécu. En faisant allusion à une nature corporelle et à des besoins fondamentaux « à être », est-ce qu'il serait possible de parler, par exemple, d'un contrôle par rapport au manger ? Cette question est importante pour autant qu'on aborde dans cette thèse des expériences vécues par des individus qui ont perdu ce supposé contrôle. Pour bien situer cette question il faut évidemment accepter l'existence d'un certain contrôle à la base de notre étude. Cependant, dans ce jeu quotidien nos besoins s'imposent en jouant un rôle dans notre vie de tous les jours, dans notre existence et dans notre être corporel. L'acte de manger, même s'il dépend d'une dynamique naturelle dite physiologique, prend de plus en plus une configuration, parfois illusoire, et devient quelque chose à contrôler, à mesurer, à codifier et à bien régler pour

[906] Cf. *Ibid*., p. 74.
[907] Cf. *Ibid*., p. 75.

atteindre le corps désiré. On peut accepter l'existence d'un contrôle sur l'acte de manger, mais ce contrôle, il faut l'admettre, ne sera jamais ni tout à fait complet ni permanent car il fait partie du mouvement constant de notre existence et est le résultat d'un mélange de besoins, de désirs, de situations, d'habitudes, etc. En outre, il faut toujours considérer les directions de sens qui amènent à ces expériences – c'est là notre prochaine thématique dans le cadre de la *Daseinsanalyse*.

5.1.4. Les directions de sens : vers l'architecture de l'existence

L'existence humaine est ouverture et, en tant que telle, elle s'ouvre toujours dans certaines directions de sens. Les possibilités de l'existence exigent une direction, une mesure et une forme qui constituent la tâche inhérente à notre condition humaine[908]. En abordant la notion de direction de sens Binswanger met l'accent sur une dimension de l'existence humaine capable d'orienter celle-ci et de la « pré-possibiliser » au moyen de proportions anthropologiques nécessaires ; ceci ouvre la possibilité d'une nouvelle direction de recherche. Il met l'accent sur l'unité fondamentale de l'existence humaine, sur le style qui englobe aussi bien les directions spatiales que la signification que nous donnons aux choses. Ces directions de sens peuvent donc permettre un regard nouveau vers les troubles alimentaires et l'obésité, les actes alimentaires, en tant qu'expériences vécues, étant portés par ces directions de sens. Il s'agit là d'un chemin possible vers l'architecture de l'existence.

Nous opterons ici pour la traduction de l'expression allemande *Bedeutungsrichtung* par direction de sens. En accord avec J. Chamond[909], nous estimons qu'elle exprime mieux les intentions de Binswanger et évite une compréhension limitée, thématique et refermée sur elle-même que l'expression direction significative. En outre, cette traduction permet de profiter la polysémie du mot sens en français, mot qui peut être compris soit comme signification, soit comme direction, soit comme ce qui permet une sensation en relation avec la sensibilité.

Lors de ses recherches sur la notion de sens Binswanger s'est inspiré de la thèse soutenue par Karl Löwith, élève de Heidegger, thèse dans laquelle est proposé le terme *Bedeutungsrichtung* pour « éclaircir l'apparente transférabilité des concepts du monde naturel extérieur au monde humain et vice-versa »[910]. Ainsi, Binswanger est en accord avec

[908] J. Chamond, « Binswanger et les directions de sens », in *Les directions de sens : phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*, dir. par J. Chamond. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2004, p. 19.
[909] J. Chamond, « Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger : uma introdução », *Revista da Abordagem Gestáltica,* 2011, vol. XVIII, n°1, p. 05.
[910] J. Chamond, « Binswanger et les directions de sens », *op. cit.*, p. 21.

l'application faite par Löwith de la théorie de la signification (sens) et l'applique à son problème du langage. Dans *Le rêve et l'existence*, après avoir mentionné Löwith, il affirme :

> Si employant des adjectifs identiques, nous parlons d'une tour élevée ou basse, d'un moral très bas, il ne s'agit nullement d'un transfert langagier d'une sphère de l'être à la sphère voisine, mais plutôt d'une direction significative générale qui se partage également entre les différentes sphères régionales, c'est-à-dire y reçoit des significations particulières (spatiales, acoustiques, spirituelles, psychiques, etc.)[911]

Binswanger veut montrer qu'il ne s'agit pas simplement d'analogies ou de métaphores, voire d'une simple transposition du psychique à une expression corporelle. Pour lui, au contraire, l'usage d'expressions populaires exprime l'unité et l'authenticité de l'être-homme. Pour trouver cette unité et sa source, la science est de peu de secours car sa racine est d'abord dans le langage courant ; Binswanger reconnaît à celui-ci une profondeur qui dépasse l'idée d'un choix d'expression, ce qui est lié au fait que « notre existence s'ouvre toujours dans certaines directions significatives (*Bedeutungsrichtungen)*, c'est-à-dire l'ascension ou la chute, le planement ou le saut, le *devenir* large ou étroit, plein ou vide, clair ou obscur, tendre ou dur, chaud ou froid, etc.»[912]. Bien que les directions de sens constituent une unité, le langage peut les dissocier selon différents modes d'expression, conçus, dans un espace présent dans notre quotidien, comme capables d'ouvrir, de créer, de s 'impliquer, de se développer et de se projeter[913]. Il s'agit d'une expérience ontologique de la spatialité dans l'analyse du *Dasein*.

Lorsque Binswanger présente l'image de la chute, par exemple, on peut percevoir le lien qui existe entre structures existentiales et expressions existentielles. La chute, aussi bien que l'ascension, a comme essence une structure existentiale du corps habitant l'espace – une structure anthropologique du monde et une façon de l'habiter qui peut avoir plusieurs significations[914]. Il y a une simultanéité entre forme, sens et sentiment dans les directions de sens considérées comme structure ontologique du *Dasein* qui tracent les grandes orientations existentielles avec une assise, toujours présente, dans le langage en tant que voie de consolidation et d'articulation de nos projets-de-monde. Une communication s'y établie et la métaphore montre le mouvement institué à partir de cette assise. Grâce aux mots, la métaphore conduit à dégager ce qu'il y a de commun entre la sphère spirituelle et le sens du monde concret ayant comme source le vécu ; sans diviser forme et contenu, elle « exprime les traits essentiels

[911] Cf. L. Binswanger, *Le rêve et l'existence, op. cit.*, p. 201.
[912] Cf. L. Binswanger, « De la psychothérapie », *op. cit.*, p. 136.
[913] J. Chamond, *op. cit*., 2011, p. 05.
[914] J. Chamond, *op. cit.*, 2004, p. 22.

et traduit spontanément l'expérience de monde dans sa texture climatique. Le tissu langagier configure le monde selon des directions de sens qui valent pour toutes les régions de l'existence »[915]. C'est un sens qui indique un horizon limité sur lequel le langage s'exprimera dans ce champ de signification et dont la *Daseinsanalyse* se met toujours à chercher dans le phénomène.

En exprimant la spatialité de l'existence en situation, la direction de sens se présente comme une structure unitaire toujours accouplée à son opposé. L'usage des termes a un sens dans cette dualité constituant « les diastoles et systoles de l'existence »[916]. Il faut considérer que, par exemple, l'espace est toujours thymique, c'est-à-dire affecté par une coloration affective que l'on doit observer dans les paroles des patients et dans ses différents modes de communication. En prenant les directions de sens comme paradigme de compréhension de l'homme et de ses modes pathologiques d'existence, Binswanger instaure un mode de les voir dans le sens d'une proportion ou d'une disproportion anthropologique. La « proportion anthropologique » correspond à un équilibre : c'est la bonne mesure face aux possibilités de l'être et de ses modes de réalisation. ; le plus souhaitable pour l'homme est la réalisation de soi ce qui exige la concordance entre la hauteur et l'horizontalité. Par contre, la disproportion anthropologique entre les dimensions spatiales empêche l'authenticité de l'homme. Elle est le résultat de la prédominance d'une direction de sens qui devient exclusive et s'émancipe de sa polarité[917]. Ainsi, pour comprendre le mode d'être du schizophrène, Binswanger distingue trois formes de disproportion anthropologique : la présomption, la distorsion et le maniérisme[918] – tous trois modes d'échec du *Dasein*. Ces divers modes sont basés sur la compréhension binswangerienne des directions de sens et sont capables de signaler une disproportion. Tout vécu psychopathologique a toujours, dans une certaine mesure, une disproportion anthropologique mais celle-ci est bien plus radicalisée dans les expériences psychotiques.

Même si nous avons étudié précédemment la corporéité, il nous semble important d'insister sur son rôle comme voie d'expression des directions de sens car il y a toujours une expérience qui est vécue, qui est ressentie dans et par le corps, lequel nous rattache au monde par ses sensations et ses mouvements[919]. Ainsi, dans une existence qui est corporelle, le corps

[915] Cf. *Ibid*., p. 23.
[916] Cf. J. Chamond, *op. cit*., 2011, p. 06.
[917] *Ibidem.*
[918] Voir L. Binswanger, *Trois formes manquées de la présence humaine*, 1956, Le Cercle Herméneutique, Puteaux, 2002, 223p.
[919] M. Coulomb, « Profondeur, hauteur et solitude, chute, survol et isolement », in *Les directions de sens : phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*, dir. par J. Chamond. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2004, p. 63.

se présente comme la voie d'articulation entre le sens et le vécu dans son caractère « mobile »[920]. Les directions de sens, exprimées à travers le corps, « s'entendent donc empiriquement comme les contenus thymiques ou pathiques de la présence ou se dévoilent comme les déterminations stylistiques (le comment) de l'être-là »[921]. Le *Dasein* apparaît alors dans sa « forme unitaire vécue », son « comment ». Il y a un corps déployé par des unités de significations concrètes correspondant à de multiples expressions verbales qui peuvent être symptomatiques ou liées à un état particulier de vie[922]. Les directions de sens sont comme une « sorte d'alphabet originaire du corps moteur, expressif et signifiant »[923], alphabet capable de pré-diriger le langage et qui recèle le sens existentiel de la corporéité dans les expressions bien avant que celles-ci n'atteignent notre entendement et nous révèlent un contenu sémantique déterminé. Le défi, qui se présente ici, est celui de déchiffrer (de comprendre) cet « alphabet » si riche et en mouvement permanent en adoptant une approche phénoménologique.

Compte tenu de notre sujet de thèse et des directions de sens proposées, nous insisterons ici sur les considérations faites par Binswanger par rapport à la « *zone orale* » et à son interprétation du cas d'aphonie, sans entrer cependant dans le débat psychanalytique. La zone orale, en tant que région privilégiée face à des expériences vécues de préjudice et/ou de menace et compte tenu du cycle de fonctionnement unitaire, est stratégique pour les échanges tout en étant aussi le siège des directions de sens communes à toutes ces expériences. Il s'agit de cette « direction existentielle, de la signification qui se rapporte à l'entrée et à la sortie, aux échanges internes et externes entre le monde propre, le monde environnant et le monde communautaire »[924]. Dans ces échanges, qui passent par la bouche, il y a une tension entre les dimensions opposées des directions de sens, c'est-à-dire entre d'une part le refus, le rejet, l'expectoration – direction prise par l'aphonie – et d'autre part l'assimilation, l'absorption, l'acceptation[925]. On peut même observer dans le vocabulaire utilisé par Binswanger l'usage des verbes « avaler » et « digérer » mais ces termes ont un sens existentiel situé bien au-delà de celui d'acte physiologique. Cela implique que la seule signification physiologique est incapable d'atteindre la description existentielle corporelle des directions de sens cherchée par

[920] Cf. L. Binswanger, « À propos de deux pensées de Pascal trop peu connues sur la symétrie », 1947, in *Introduction à l'analyse existentielle*, *op. cit*., p. 228
[921] Cf. P. Fédida, « Binswanger et l'impossibilité de conclure », *op. cit.*, p. 32.
[922] J. Chamond, *op. cit.*, 2004, p. 28.
[923] Cf. *Ibidem*.
[924] Cf. L. Binswanger, « De la psychothérapie », *op. cit*., p. 139.
[925] J. Chamond, *op. cit.*, 2004, p. 28.

Binswanger. En terme de vécu corporel, Binswanger renvoie à « la structure ontologique de l'être-humain, c'est-à-dire le pouvoir de se diriger de haut en bas »[926].

Ces considérations nous ramènent à notre hypothèse d'une direction de sens dans l'acte de manger, dimension souvent négligée du fait de sa quotidienneté et de sa banalité. « Trop manger » ou « rien manger » ne sont pas que des superlatifs qualifiants, ils indiquent une direction de cette tension présente dans la dynamique d'échange. Il s'agit d'un pas existentiel car lorsque l'on mange, on introduit, dedans, quelque chose qui vient du dehors et on prend une position face à soi-même, au monde et à autrui. Ce sont ces échanges dans le monde propre, environnant et communautaire qui rendent possibles et, dans une certaine mesure, qui façonnent ces actes lesquels traduisent aussi un mode d'être-au-monde. Très tôt, il y a une direction d'acceptation ou de refus de la nourriture ancrée dans la relation avec autrui. Les enfants construisent leurs préférences alimentaires petit à petit et leurs goûts se modulent de plus en plus et deviennent moins dépendants de la pratique d'autrui. Pour autant, la relation avec autrui, notre ancrage mondain et les influences culturelles conditionnent toujours l'insertion de ces relations avec la nourriture dans un champ plus large et très complexe. Les troubles alimentaires ne peuvent pas être assimilés à une simple démarche cognitive et à une simple relation de l'individu avec la nourriture. Une vision plus large s'impose, demandant par conséquent, une prise en charge tenant compte de toute cette amplitude. Autrement dit, il faut adopter une approche qui prenne en considération l'individu dans sa totalité et dans sa relation avec le monde, avec les autres et aussi avec la nourriture.

Le langage fournit des pistes et révèle une direction de sens. On peut par exemple « tomber dans la tentation » et manger un dessert – une direction que nous pouvons associer à la chute (dans le « péché » de gourmandise). En revanche, par opposition à la chute, on peut passer par un moment d'ascension face, par exemple, au plaisir de manger, quand on peut dire « aller jusqu'au ciel » ou « c'est divin » lors d'une expérience alimentaire remarquable. Évidemment, il y a une dimension physiologique, mais qui n'est qu'un élément, parmi d'autres, dans cette dynamique et ces actes sont toujours réalisés dans un cadre temporel et spatial. Les exemples cités ci-dessus font partie de notre quotidienneté et ne signalent pas en eux-mêmes un vécu pathologique. Cependant, il faut bien noter que dans la mesure où nous admettons les directions de sens des actes alimentaires, nous supprimons la simplicité de cet acte quotidien et nous reconnaissons son importance dans le mouvement du *Dasein.* Si l'acte de manger comporte une circularité, même si celle-ci n'est pas homogène, un mode de fonctionnement

[926] Cf. L. Binswanger, « Le rêve et l'existence », *op. cit*., p. 201.

sain pourrait se traduire par une ascension quand on mange suivie par une tendance à la chute, ce qui installerait une véritable dynamique. Néanmoins, l'exigence quotidienne de l'acte de manger et ses implications au niveau corporel et relationnel dans notre mouvement existentiel rendent cette dynamique complexe car elle peut s'orienter vers des sens divers. On peut manger pour s'élever, pour « tuer la faim », pour se sentir bien, pour se faire plaisir, pour oublier, pour passer le temps, etc. On peut percevoir ici plusieurs sens différents de cette dynamique et surtout comprendre les échanges entre la dynamique d'entrée et de sortie ancrée dans le corps et en particulier dans la bouche, le véritable point d'échange entre dedans-dehors, intérieur-extérieur. Sans doute, ces directions de sens possibles sont diverses et chacun de nous a son mode propre d'utilisation mais il faut retenir ici le rôle d'organisateur, selon l'expression de Binswanger, des structures anthropologiques du monde.

En ce qui concerne l'expérience hyperphagique dans l'obésité et ses directions de sens, nous mettrons l'accent ici sur l'importance du contact véritable avec les patients et leurs expériences, seul moyen permettant une expression de ce vécu par le patient et la compréhension par le soignant de la direction de sens, de sa mesure et de sa forme. Dans la quatrième partie de cette thèse, nous entreprendrons d'explorer ce mouvement et de mieux élucider ces expériences à travers des entretiens réalisés avec divers patients. Mais il nous paraît opportun de revenir ici sur quelques points qui ont fait l'objet d'hypothèses initialement. Lorsque l'on étudie le vécu hyperphagique d'une façon générale il ne s'agit ni d'une chute dans une tentation ni d'une ascension face au plaisir de manger, mais de quelque chose qui se passe sur un autre plan. Le choix par exemple est absent dans l'expérience de *ne pas pouvoir ne pas manger* et cela évoque déjà une configuration différente vers un mode pathologique, mais encore porteur d'une direction. De plus, il faut noter que cette expérience est vécue soit par des patients boulimiques, soit par des patients hyperphagiques qui peuvent être obèses ou non mais aussi parfois par des patients anorexiques avec une configuration toute particulière. La constatation de l'amplitude de ce vécu montre son importance et son caractère propre aux troubles alimentaires et aussi à l'obésité. Il y a une perte d'équilibre ou si l'on préfère, une perte d'appui dans le monde qui est révélée par une « chute vorace » dans la nourriture édifiée sur la perte de contrôle. L'existence chancelle et l'envie de cet acte – manger – est telle que la « plongée » est inévitable. Évidemment, même si l'on reconnaît la présence du vécu hyperphagique dans les différents modes d'être, dans ces cas pathologiques nous devons admettre qu'il y a des nuances entre chaque mode de présentation même si la forme du vécu ou même le comportement des sujets lors des épisodes montre des similitudes. Nous sommes

toujours enclins « à manger », c'est une condition de notre existence ; ce qui change ce sont les conditions qui conduisent à cet acte.

L'acte hyperphagique est un mode d'expression de la corporéité, le seul ou le principal souvent évoqué par les patients, assimilé par ceux-ci à un essai pour remplir un vide. « Remplir » et « vider » [927] sont des directions de sens qui sont présentées souvent dans un sens métaphorique, par les patients mais parfois aussi dans un sens concret relatif à leur propre existence, par exemple le sens d'avaler équivaut à mettre dedans sans arrêt, sans bien mâcher, sans pouvoir digérer. Il semble qu'il y ait dans ces épisodes une alternance rapide entre la chute et l'ascension, celle-ci étant plutôt un survol, un mouvement inauthentique pour s'élever et s'éloigner de la souffrance en mangeant. Cependant, du fait du sentiment de culpabilité, l'excès est perçu et parfois ressenti physiquement et la chute se présente alors à nouveau et encore plus intensément. On peut concevoir qu'il y ait une organisation autour du « manger » qui traduit un mode pathologique d'être, un *style existentiel*[928] dont la caractéristique est de mettre des obstacles à la liberté du sujet et de ne pas permettre un mouvement existentiel. En outre, il y a aussi une certaine ambiguïté dans l'acte de manger lequel est à la fois la solution – soit pour « remplir », soit pour se faire plaisir ou simplement pour répondre à l'envie, voire à un besoin physique – et la source de souffrance – soit face à la culpabilité souvent vécue après avoir mangé, soit face à l'excès perçu ou même ressenti physiquement. Cette ambiguïté est le signe de la perte de la fonction naturelle (la dénaturalisation si l'on peut dire) du « manger » et aussi la révélation d'une désorganisation, d'une perte d'équilibre qui dépasse le choix alimentaire et atteint l'individu dans sa totalité.

Nous considérons que ces remarques préalables nous aideront à trouver un chemin fécond à partir des directions de sens proposées par Binswanger. Ces directions, mesures et formes sont des outils et un mode de voir à partir de l'expérience et du langage, qui frayent un chemin permettant de rendre compte de l'architectonique de l'existence dans toute sa richesse et complexité[929]. Chercher le style existentiel commun à l'occasion d'une même pathologie sans jamais oublier le mystère propre à chaque individualité[930], voilà le grand défi de la clinique dans son dialogue avec la psychopathologie. Lorsque nous abordons l'expérience hyperphagique ici nous la considérons comme une manière d'exister qui se constitue à partir

[927] On doit mentionner ici le cas Ellen West dans lequel Binswanger détache le vide existentiel et la peur de grossir vécus par la patiente. Ce cas est un classique de la littérature sur les troubles alimentaires, bien que le diagnostic d'Ellen ait été dirigé à l'époque plutôt vers la schizophrénie. Voir :

[928] J. Chamond, « Le style obsessionnel compulsif : Laura prisonnière de sa temporalité », in *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques*, *op. cit*., 2014, p. 245.

[929] J. Chamond, *op. cit*., 2004, p. 39.

[930] J. Chamond, *op. cit*., 2016, p. 245.

des flexions diverses (temporelles, spatiales, corporelles et intersubjectives) des structures fondamentales de l'existence c'est-à-dire selon les bases qui rendent possibles les directions de sens.

5.1.5. La portée psychothérapeutique de la *Daseinsanalyse*

Dans un parcours vers une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité, la psychothérapie est un axe très important du fait de sa spécificité et de son rôle dans tous les traitements appliqués. Lorsque nous nous proposons de présenter et de discuter les contributions de Binswanger, quant à la phénoménologie clinique, à partir de la *Daseinsanalyse*, il nous semble impératif d'inclure ses conceptions relatives à la psychothérapie. Il nous faut d'abord préciser que la portée pratique en thérapeutique de la *Daseinsanalyse* proposée par Binswanger a fait l'objet de débat car elle n'a pas été admise par tous. D'un côté, il y avait ceux qui reconnaissaient cette dimension pratique qui aboutit à une « psychothérapie existentielle » et, de l'autre côté, ceux qui estimaient qu'il s'agissait d'une direction plutôt théorique n'incluant pas le domaine thérapeutique[931], l' intérêt majeur étant à leurs yeux plutôt d'ordre scientifique et orienté vers la recherche en psychiatrie. Mais cela ne signifie ni que Binswanger a ignoré la psychothérapie ni qu'il a refusé de s'y intéresser. L'interrogation qui s'impose par rapport à Binswanger et à ses contributions à la psychopathologie est bien formulée par Mareike Wolf-Fédida lorsqu'elle écrit : « comment la connaissance et la description fines de la maladie peuvent-elles déboucher sur un traitement ? »[932]. Binswanger a exploré la psychothérapie et même a écrit sur le sujet en suivant une direction inévitable du fait de son activité thérapeutique à la clinique Bellevue, du contact avec les patients qu'il soignait, des modes de traitements proposés alors et de l'évolution de sa pensée qui le conduit de plus en plus à un éloignement de la psychanalyse. Aussi nous explorerons ici la portée de ses réflexions sur la psychothérapie et sa contribution à une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité.

L'intention de Binswanger n'est pas de formuler une proposition nouvelle en psychothérapie. Sur le plan pratique, il rappelle souvent l'importance et la portée de la psychanalyse. Cependant, ses préoccupations théoriques et épistémologiques en ce qui concerne la psychiatrie comprennent forcément la psychothérapie du fait de son attachement

[931] C. Abettan, « Introduction », in *Phénoménologie, Psychologie, Psychiatrie*, de L. Binswanger. Paris : Vrin, 2016, p. 16.
[932] Cf. M. Wolf-Fédida, *Théorie de l'actions psychothérapeutique*, *op. cit*., 2008, p. 122.

au savoir médical et à la pratique psychiatrique de l'époque et aussi compte tenu de l'importance d'une proposition thérapeutique pouvant, dans un cadre différent de celui de la médicalisation, aider les patients dans leur quotidien et dans leur totalité. La direction de ses recherches le conduit vers la psychothérapie ou, pour le dire autrement, ouvre la possibilité d'une approche *daseinsanalytique*[933] de la psychothérapie. L'incorporation d'un discours phénoménologique qui instaure un nouveau mode de voir les patients a comme conséquence une mise en question du mode utilisé jusque-là pour aborder les malades et conduit à proposer des modèles psychothérapeutiques. Ainsi, nous pouvons dire que Binswanger a formulé un modèle de psychopathologie phénoménologique qui dépasse les frontières théoriques et atteint la clinique. L'attitude phénoménologique, dans ce cas, se présente comme une attitude clinique et, par conséquent, doit être considérée comme un outil psychothérapeutique rendant possible la vraie rencontre entre le patient et son thérapeute. Il s'agit d'un élargissement de la notion de psychopathologie qui, par l'intermédiaire de la clinique, fournit les conditions pour qu'un modèle utilisable en psychothérapie apparaisse et, dans ce sens, la *Daseinsanalyse* se situe encore plus dans le champ de la phénoménologie clinique. Malheureusement, ce modèle n'est pas assez largement exploré malgré sa fécondité potentielle et reste plutôt la base d'élucubrations théoriques qui parfois, et même souvent, s'éloignent de la clinique. Nous voulons ici démontrer qu'un modèle phénoménologique de psychopathologie ne peut pas renoncer à la clinique dans la mesure où celle-ci est à l'origine du contact avec les patients. Il nous semble, même si cela n'est pas nettement formulé, que c'est la position de Binswanger qui ne rejette pas la psychothérapie et qui, grâce à la clinique, envisage des perspectives intéressantes pour la psychothérapie.

Binswanger a publié cinq textes sur la psychothérapie : « Fonction vitale et histoire intérieure de la vie » (1924), « La psychothérapie comme métier » (1927), récemment traduit en français, « De la psychothérapie » (1935), « Analyse existentielle et psychothérapie » (1954) et « Analyse existentielle et psychothérapie (II) » (1958). Les deux premiers textes, assez théoriques, ne constituent pas une proposition *daseinsanalytique*, mais mettent en évidence quand même quelques notions importantes. Dans « Fonction vitale et histoire intérieure de la vie il essaye de mettre en évidence les lignes de tension et les relations profondes et variées entre ces deux dimensions fondamentales que sont la fonction vitale et la vie intérieure en

[933] Il nous faut à nouveau faire référence à Medard Boss comme une figure significative pour la composition d'une proposition psychothérapeutique d'inspiration *daseinsanalytique*. Dans un parcours différent de celui de Binswanger, son intérêt majeur est la psychothérapie.

psychiatrie, ce qui démontre l'importance qu'il donne à l'approfondissement de l'histoire intérieure de la vie laquelle révèle les caractéristiques les plus personnelles de l'individu[934] et conduit à son essence même. Cela est la voie de la connaissance car toute histoire, pour être (re)connue, doit être, dans une certaine mesure, racontée, et c'est ainsi que s'ouvre un espace pour une pratique clinique, voire psychothérapeutique. Ce texte, bien qu'éloigné de la psychothérapie proprement dite, l'aborde de façon indirecte dans la mesure où il permet un dialogue entre les positions théoriques de Binswanger et son ouverture vers un champ pratique.

Le texte « La psychothérapie comme métier » peut être considéré comme le premier qui aborde la psychothérapie de façon directe et sans faire référence à la psychanalyse. Il s'agit d'une prise de position de Binswanger qui reconnaît la psychothérapie comme un *savoir-faire*, inséparable du concept thérapeutique visant à explorer et aider l'homme, en tant qu'être unitaire, dans sa totalité[935]. Il nous paraît essentiel de signaler l'importance qu'il donne, dans ce texte, au domaine éthique qu'il estime indispensable à toute réflexion sur le but de la psychothérapie, ce qui lui permet de mettre l'accent sur l'importance pour les psychothérapeutes de métier de connaître les principes fondamentaux de la philosophie[936]. Nous voyons ici que Binswanger défend la cohérence et la convergence entre les bases théoriques et le champ pratique de la clinique et veut éviter toute contradiction et inconsistance. Un psychothérapeute qui utilise les bases phénoménologiques doit être au courant des bases philosophiques et bâtir sa pratique à partir de ce tout, en privilégiant ce que lui apporte l'expérience du patient. Ces considérations montrent que la distance prise par Binswanger par rapport à la psychanalyse et son « tournant » vers la phénoménologie exige de lui une orientation pratique de plus en plus importante, même si parfois il semble minimiser cette orientation. Ces réflexions préalables sur l'évolution de la pensée de Binswanger permettront, nous l'espérons, de comprendre les propositions ultérieures de l'auteur lors de la sédimentation de la *Daseinsanalyse.*

Si en 1927 Binswanger reconnaît l'importance des bases philosophiques pour la psychothérapie, en 1935 il utilise des bases heideggériennes, pour mettre en évidence son point de vue. Dans le texte « De la psychothérapie », il affirme en effet que la possibilité de la psychothérapie repose « sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme (*Menschsein*)

[934] L. Binswanger, « Fonction vitale et histoire intérieur de la vie », 1924, in *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971, p. 66.
[935] L. Binswanger, « La psychothérapie comme métier », 1927, in *Phénoménologie, Psychologie, Psychiatrie*. Paris : Vrin, 2016, p. 96.
[936] *Ibid*., p. 106.

en tant qu'être-dans-le-monde (*In-der-welt-sein)* (Heidegger) l'être-avec et pour-l'autre »[937]. Il désigne ainsi le fondement ontologique et existentiel de la psychothérapie qui met en jeu deux existences et deux existants[938]. A partir de cette base, la psychothérapie n'est possible qu' à travers un discours humain et avec tous les modes de contact dans la sphère de l'être donc dans une intersubjectivité [939] . Binswanger s'interroge constamment sur les limites de la psychothérapie et sur la difficulté du rapport dialectique entre être avec autrui et être psychothérapeute. La possibilité d'une action psychothérapeutique est conditionnée par une relation de communication et de confiance, le patient pouvant communiquer à sa manière sa confiance envers le soignant et le psychothérapeute se sentant « porté » à la fois dans son être et dans son action par la confiance qui lui est faite. La confiance est, pour Binswanger, la condition impérative de tout acte psychothérapeutique[940].

Grâce à cette confiance, il sera possible d'explorer méthodiquement l'histoire intérieure de la vie du patient , facteur psychothérapeutique que Binswanger considère comme le plus important [941] . Il s'agit d'un travail « patient, commun, systématique, pour *une reconstitution des expériences vécues* et une *reconstruction* réfléchie de l'histoire intérieure de la vie, travail absolument créateur pour les deux partenaires »[942] permettant de découvrir le thème déterminant qui sera lui-même le guide pour la suite des échanges. Il ajoute encore, « Plus le travail psychothérapeutique progresse, plus le rapport thématique devient un guide, plus le rapport thématique devient un guide et plus s'estompe l'arbitraire de l'inspiration »[943]. Reconstituer des expériences et reconstruire l'histoire sont deux points très importants, puisqu'ils permettent, sur le plan clinique, le contact avec l'expérience vécue dans son sens présent. Il s'agit de suivre des directions de sens et de collaborer avec le patient pour qu'il puisse trouver d'autres directions et ainsi rétablir son mouvement existentiel. Ce n'est pas le symptôme en lui-même qui est important mais sa visée en tant que vécu et partie d'une histoire. Cela montre l'importance de l'ouverture d'un espace psychothérapeutique où, par exemple, les patients qui vivent une expérience de trouble alimentaire pourront s'approprier leurs expériences et leurs histoires. Cet espace est généré par une relation thérapeutique apparaissant

[937] Cf. L. Binswanger, « De la psychothérapie », *op. cit*., p. 122.
[938] P. Fédida, *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, 2001, p. 166.
[939] L. Binswanger, « De la psychothérapie », *op. cit*., p. 120.
[940] *Ibid*., p. 126.
[941] *Ibid.*, p. 129.
[942] Cf. *Ibid.*, p. 130.
[943] Cf. *Ibidem.*

comme un fait nouveau, autonome et propre à des relations humaines établies par une collaboration authentique et directe entre les deux partenaires.

Il nous faut encore insister sur la manière significative avec laquelle Binswanger dans ce même texte, montre l'importance psychologique et psychopathologique du corps vécu sur le plan clinique. En réfléchissant sur le rôle du corps, il se demande « comment le malade vit dans son corps vécu, ou mieux encore, comment il expérimente son corps et comment il le 'ressent' »[944] – questions fondamentales qui rejoignent ici notre parcours de recherche. Il ne s'agit pas ici de sensations corporelles ou de sensations d'organes ; il faut considérer ce corps comme le « fait phénoménal, absolument unitaire, d'avoir un corps vécu et de l'expérimenter » [945] . Dans ce mode d'approche Binswanger veut éviter le risque de l'objectivation et tient à se maintenir sur le plan purement phénoménal. Cette direction psychothérapeutique considère ce corps vécu comme propre à la sphère de l'existence et aussi comme voie d'expression. Si nous envisageons une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité, ce corps doit être exploré, décrit, vécu dans l'expérience clinique. Il est la voie d'expression de l'expérience et la question qui s'impose est : qu'est devenue la corporéité ? Face à la stagnation existentielle, à l'enlisement, aux symptômes, toute (re)signification et toute transformation de ces modes d'être passent par ce corps. Le psychothérapeute devient ainsi « médiateur entre le malade et le monde » et, nous pouvons l'ajouter, entre le malade et son corps, parfois distant et sous un mode défaillant qui est cependant le seul possible. Lorsque Binswanger affirme que « Toute psychothérapie bien comprise est réconciliation de l'homme avec soi-même et, partant, avec le monde »[946], il préconise de façon implicite l'exigence d'une réconciliation avec le corps propre.

Même dans un texte sur la psychothérapie proprement dite comme « Analyse existentielle et psychothérapie », Binswanger estime opportun de préciser et d'expliquer son intention. La *Daseinsanalyse* est une méthode de recherche phénoménologique qui « est issue de l'insatisfaction concernant les projets de compréhension scientifique de la psychiatrie de l'époque »[947]. Il ne s'agit pas d'une insatisfaction psychothérapeutique comme celle de Freud et de Jung, comme il le souligne. Cependant, lorsqu'il affirme dans ce texte la compréhension de l'homme dans sa structure totale comme être-dans-le-monde et conçoit les différentes psychopathologies en termes de flexions de cette structure, il indique quelques lignes directrices

[944] Cf. *Ibid.*, p. 132.
[945] Cf. *Ibidem.*
[946] Cf. *Ibid*., p. 144.
[947] Cf. L. Binswanger, « Analyse existentielle et psychothérapie », *op. cit*., p. 115.

pour la psychothérapie en reconnaissant la portée de la *Daseinsanalyse* dans ce domaine. Nous ne signalerons ici que trois de ces lignes directrices. La première montre que la psychothérapie de base *daseinsanalytique* explore l'histoire de la vie et , ce qui change par rapport à d'autres approches, c'est la position prise quant à cette exploration, permettant de découvrir les « flexions de la structure totale de l'être-dans-le-monde »[948]. Cela dit, on peut considérer que des « flexions psychopathologiques » font partie des flexions historiques. Tout mode d'être pathologique fait partie d'un horizon historique qui doit être exploré, non comme déterminant causal, mais comme partie de l'existence globale de l'individu. Lorsqu'une question d'ordre alimentaire apparaît selon un mode pathologique, il faut explorer la genèse de ce mode de présentation toujours comme partie d'une histoire qui est vécue par le patient et le marque. On peut dire que, probablement, ces modes d 'expression n'existeraient pas sans ces expériences, sans leur histoire. Nous avons tous, de façon plus ou moins nette, une histoire alimentaire, vécue par et dans un corps, histoire qui s'insère dans notre histoire générale à travers des expériences vécues dans un contexte qui est familial, social et culturel et qui rend possible ces modes d'être-au-monde.

La deuxième ligne directrice est que la psychothérapie doit, autant que possible, permettre que le patient *apprenne par expérience*[949]. C'est « apprentissage », qui n'est pas cognitif, implique un bouleversement existentiel pour autant qu'il permet, sous la médiation du psychothérapeute, que le patient s'approprie du *quand* et du *comment* de ses flexions structurelles. Autrement dit, l'expérience vécue permet aussi bien la reconnaissance d'un mode d'être pathologique que la formulation d'autres directions indispensables pour sortir de la stagnation, tout en restant situées dans une histoire. Il s'agit de positionner la maladie comme partie de l'expérience de l'individu et comme un passage obligatoire dans le processus clinique, non comme une chose à supprimer, mais comme une voie d'expression d'un individu en souffrance, qui ne peut pas trouver, pour l'instant, un autre mode d'être. Pour Binswanger, le psychothérapeute serait comme un guide de montagne compétent. Son rôle, plutôt que de décider et d'indiquer une direction au patient, est d'aider celui qu'il accompagne à trouver lui-même la direction à suivre. Un tel chemin est possible et bénéfique pour le patient car cela évite que l'expérience, qui devrait permettre l'apprentissage, ne soit que le rappel d'un vécu assez douloureux. Le thérapeute doit cheminer avec son patient, à ses côtés mais en le laissant libre de ses choix. Une bonne communication est ici la base et la condition du choix du bon chemin, c'est-à-dire d'un certain succès psychothérapeutique.

[948] Cf. *Ibid*., p. 117.
[949] *Ibidem.*

La troisième ligne directrice rejette l'idée d'assimiler le patient à un objet et le considère comme sujet et partenaire dans la recherche d'une rencontre. La *Daseinsanalyse* transpose le transfert sur le mode de la rencontre qui implique « être-ensemble dans un *présent intrinsèque*, c'est-à-dire dans un présent tel qu'il se temporalise absolument hors du *passé*, et porte aussi, absolument, en soi les possibilités de l'*avenir* »[950]. Par cette considération Binswanger accentue la potentialité de la scène psychothérapeutique portée sur la qualité d'une rencontre qui a comme but de toujours produire une ouverture. Toutes ces lignes directrices se conjuguent et conduisent à considérer la structure du *Dasein* comme quelque chose en changement continu et la psychothérapie serait une « tentative d'ouvrir à de tels parcours fléchis d'être-présent de *nouvelles* possibilités structurales »[951]. Ainsi, on peut comprendre que ce modèle de psychothérapie est édifié sur la reprise, par le patient, d'un chemin vers la liberté face aux possibilités d'existence.

Dans son dernier texte sur la psychothérapie « Analyse existentielle et psychothérapie (II) », Binswanger présente la dimension phénoménologique et existentielle de ce modèle de psychothérapie. La proposition ou même la transposition de la *Daseinsanalyse* vers la psychothérapie repose toujours sur un mode phénoménologique consistant à « montrer la chose en question à partir d'elle-même, sans aucune construction théorique qui lui soit étrangère »[952] – véritable point de départ de toute approche phénoménologique de la clinique. La dimension existentielle d'un sujet résulte des rapports entre le *Dasein* et son propre être, c'est-à-dire sa constitution fondamentale. Ainsi, le psychothérapeute a-t-il la tâche d'appréhender les modification de la constitution du *Dasein,* de *«* saisir l'ordre structurel de la présence et de la démarche de la présence d'un certain être humain pris dans sa singularité structurelle »[953]. Cette tâche implique la découverte des moments qui sont responsables de cette structure tout en respectant sa singularité. Tout cela n'est possible que lors d'une *rencontre*.

Ce dernier texte de Binswanger sur la psychothérapie présente une certaine ambiguïté et même parfois une dimension énigmatique. Il reconnaît que le fondement de toute science peut être trouvé dans un horizon de compréhension qui lui est propre. Dans le cas qui l'intéresse, il s'agit du projet de *l'a priori* de la structure de l'être et de la présence de l'être-dans-le-monde, une direction à ce moment-là explicitement heideggérienne. Dans cet horizon, il affirme tout

[950] Cf. *Ibid*., p. 118.
[951] Cf. *Ibid*., p. 119.
[952] Cf. L. Binswanger, « Analyse existentielle et psychothérapie (II) », in *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971, p. 149.
[953] Cf. *Ibidem.*

d'abord que la *Daseinsanalyse* « ne représente en soi et pour soi**,** ne peut ni ne veut représenter aucune technique psychothérapeutique »[954]. Le savoir acquis par la psychanalyse transposerait cette possibilité. Binswanger signale d'ailleurs, de façon très pertinente, le risque que la *Daseinsanalyse* devienne une technique. Cependant, ensuite, il modifie son point de vue et il la reconnaît comme une voie possible, voire nécessaire, pour s'approcher de l'homme dans sa totalité et dans sa condition d'ouverture et il écrit « *l 'analyse existentielle ne conduit pas seulement à la psychothérapie mais aussi à la compréhension propre de celle-ci* »[955].

La discussion sur la portée de la *Daseinsanalyse* comme voie psychothérapeutique est large et riche en nuances qui expliquent à la fois ce qu'elle offre comme possibilités et aussi précisent ses limites. Malgré tout, il faut reconnaître qu'il y a là une proposition d'un autre mode d'*être-avec* qui s'ancre dans ce que Binswanger appelle un « retour sur terre », c'est-à-dire que tout ce qui se passe au niveau clinique, dans un langage qui lui est propre, découle obligatoirement (ou tout au moins devrait découler) de « ce que disent les malades dans leur expressions verbales ou écrites, leurs descriptions d'eux-mêmes, leurs créations poétiques, etc., ou de ce qu'ils représentent dans leurs dessins et leurs peintures »[956]. Binswanger, même si c'est avec une certaine hésitation et une approche ambiguë de sa part, assume la portée psychothérapeutique de la *Daseinsanalyse* et ouvre un champ, un horizon qui vise vraiment à (re)possibiliser l'expérience, à (re)mobiliser l'existence du patient. Ces considérations nous incitent à envisager un modèle clinique dans lequel l'expérience joue le rôle principal, où elle est prioritaire et se conçoit toujours comme la référence majeure.

5.2. La Clinique du *Lebenswelt* d'Arthur Tatossian

Psychiatre français d'origine arménienne, Arthur Tatossian (1929-1995), né à Marseille où s'est déroulée toute sa carrière, est considéré comme l'un des plus importants représentants contemporains de la phénoménologie clinique en France. La reconnaissance de l'importance de ses travaux repose à la fois sur son activité clinique (caractérisée en autres par sa simplicité favorisant le dialogue avec les malades, sa disponibilité vis à vis des patients et de ses collaborateur, l'écoute de ceux qui souffrent dans la quotidienneté des soins psychiatriques) et sur les apports théoriques, du fait de la qualité de sa production académique, en particulier dans le domaine de la phénoménologie qu'il a introduite à Marseille. Son rôle de pionnier nous paraît

[954] Cf. *Ibid.*, p. 152.
[955] Cf. *Ibidem.*
[956] Cf. *Ibidem.*

tout à fait central du fait de l'approche phénoménologique qu'il a instauré en psychiatrie et en psychopathologie à Marseille, ce qui a ensuite favorisé le développement des études phénoménologiques en psychiatrie alors qu'en France, après la Seconde Guerre Mondiale, la psychiatrie était dominée par la psychanalyse[957]. Bien qu'il ait toujours refusé l'idée de créer une école et d'imposer ses propres conceptions relatives à la phénoménologie qui, d'après lui, devait être vécue et non transmise, le Sud de la France est rapidement devenu une référence dans ce domaine du fait de la qualité de ses travaux. Tatossian a formé toute une génération de psychiatres phénoménologues et notamment Dominique Pringuey[958], Jean-Michel Azorin, et Jean Naudin, tous trois professeurs d' Université soit à Nice , soit Marseille qui , dans une certaine mesure, perpétuent son travail et l'enrichissent.

Très tôt Tatossian s'est enthousiasmé pour la phénoménologie philosophique et pour la psychiatrie phénoménologique de langue allemande en particulier, ce qui l'a conduit, du fait de l'absence de livres de phénoménologie allemande traduits en français vers 1954, à apprendre l'allemand en autodidacte afin de pouvoir lire les textes dans leur langue d'origine. Sa thèse – « Étude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde » (1957) –, qui a étonné le jury mais qui a été peu étudiée lors de sa parution, est le premier signe d'un parcours audacieux et montre l'originalité de l'auteur qui utilise des références encore très peu connues en France à cette époque. Ce texte, publié à nouveau très récemment, dans la réédition du livre *Psychiatrie Phénoménologique* qui réunit quelques-uns de des travaux de Tatossian, peut être considéré comme l'un des grands cas cliniques de l'histoire de la psychopathologie phénoménologique. Sur les 279 publications de psychiatrie 71[959] d'entre elles , publiés entre 1957 et 1996, sont des études phénoménologiques[960]. Son livre majeur *La phénoménologie des psychoses* a été publié en 1979 après l'exposé fait au Congrès de Neurologie et de psychiatrie de langue française à Tours en juin de cette même année ; il s'agit d'un vrai compendium de la psychopathologie phénoménologique du XXème siècle. Tatossian y décrit d'abord fidèlement les travaux des

[957] P. Cabestan, F. Dastur, *Daseinsanalyse : phénoménologie et psychiatrie*. Paris: Vrin, 2011, p. 154.
[958] On détache ici le Diplôme Universitaire en Phénoménologie Psychiatrique organisé par le Pr Dominique Pringuey à l'Université de Nice Sophia Antipolis.
[959] Il faut préciser qu'une bonne partie de ses articles sont publiés dans les revue d'accès difficile ou non disponibles, ce qui pendant longtemps a rendu difficile l'accès à quelques articles. Cependant, le travail de réédition, à partir de 2014, envisagé par le Pr Wolf-Fédida dans la maison d'édition MJW Fédition avec la contribution de son épouse Jeanne Tatossian est en train de minimiser cette difficulté en diffusant progressivement ses œuvres. Ce travail a commencé avec les livres *Psychiatrie Phénoménologie* (2014, réédition de 1997) et *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques* (2016), en collaboration avec Virginia Moreira, Jeanine Chamond, parmi d'autres.
[960] L. Bloc, V. Moreira, « Arthur Tatossian : o homem e a obra », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.,* p. 109.

principaux auteurs reconnus dans ce domaine puis expose son point de vue critique face à leurs considérations et positions théoriques. Traduit en italien, portugais et japonais, cette œuvre majeure a favorisé les études phénoménologiques en France et explique que Tatossian soit considéré comme une référence en phénoménologie clinique.

En ce qui concerne les influences subies par Tatossian, on peut les partager en deux axes, d'une certaine façon, entrelacés qui le conduisent plutôt vers une évolution sans établir une rupture entre les acquis. Le premier axe est lié à la phénoménologie philosophique instaurée comme base épistémologique. Tout comme chez Binswanger, il y a chez Tatossian un aller-retour, bien que moins explicite, entre Husserl et Heidegger[961]. Il y a aussi une certaine convergence avec la philosophie de Merleau-Ponty et sa dimension ambiguë se retrouve dans les travaux de Tatossian, surtout ceux en rapport avec la proposition d'une clinique du *Lebenswelt*[962]. En outre les travaux de Paul Ricœur semble avoir aussi inspiré Tatossian lorsqu'il aborde les notions d'identité et d'ipséité. Le deuxième axe est celui de la psychopathologie phénoménologique qui fournit les éléments les plus importants quant à la clinique. On retrouve l'influence de Binswanger, même si Tatossian adopte une position critique par rapport à ce dernier, de Hubertus Tellenbach (1914-1994), son ami qu'il admirait et dont les notions d'*endon* et de *typus melancholicus* sont considérées comme une référence importante, et de Wolfgang Blankenburg (1928-2002), surtout par rapport à la relation entre les phénoménologies philosophique et clinique et sa conception de la schizophrénie comme perte de l'évidence naturelle[963].

Tout au long de sa carrière, la clinique a toujours été considérée par Tatossian comme une priorité, car voie d'expression des patients et moyen de partager leurs expériences de souffrance[964]. Ceci explique que le fil conducteur de ses œuvres est la compréhension des phénomènes psychopathologiques, basée essentiellement sur la rencontre clinique , associée à un dialogue ouvert avec les formulations théoriques. Il s'agit pour lui d'une proposition de psychopathologie phénoménologique ancrée « dans la clinique et pour la clinique »[965], c'est-à-dire que le contenu du discours théorique en psychopathologie n'est élaboré qu'à partir de la

[961] J-M. Azorin, J. Naudin, D. Pringuey, « Préface », in *La phénoménologie des psychoses … p. 11.*
[962] Voir: A. Tatossian, V. Moreira, J. Chamond, et. al. *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*. Paris : MJW Fédition, 2016.
[963] L. Bloc, V. Moreira, « Arthur Tatossian : o homem e a obra », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.,* p. 120.
[964] Voir A. Tatossian, « Qu'est-ce que la clinique ? » (1989), in *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit*.
[965] Moreira, V. « A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica ». *Revista da Abordagem Gestáltica*, 2011, vol. 17, n° 2, p. 181.

clinique ; son utilité est de permettre la compréhension des modes d'être-au-monde du patient en « facilitant » la présence du clinicien face ce dernier. Cette position de Tatossian se retrouve lorsqu'il aborde la phénoménologie philosophique. À la différence de Binswanger qui oriente ses recherches dans une direction plutôt théorico-épistémologique, au moins comme point de départ, Tatossian fait un usage particulier des notions philosophiques ; tout en reconnaissant leur importance, il insiste sur le fait que le clinicien « doit préférer obligatoirement le commerce direct avec ce qui est en question : la folie et le fou »[966]. C'est l'expérience qui lors de l'apparition de manifestations pathologiques peut aider à comprendre le vécu du sujet et non les considérations théoriques . C'est ce que l'expérience permet de connaître et le mouvement qu'elle révèle chez le patient qui vont impliquer la nécessité de s'intéresser à la philosophie et en particulier de découvrir le caractère d'ouverture de ces notions philosophiques. Cela met en évidence l'implication obligatoire du clinicien face à celui qu'il rencontre. Tatossian estime que vouloir simplement appliquer la phénoménologie philosophique à la clinique serait une grave erreur et il préconise une « relation d'implication »[967], celle-ci étant apportée par la phénoménologie.

L'implication signifie pour Tatossian se maintenir en cohérence avec la base de travail proposée. Il s'agit d'un engagement qui concerne le partage entre le clinicien et le patient et qui met le clinicien dans un certain degré d'« inquiétude », parfois nécessaire**,** face au mouvement de l'existence du sujet[968]. La phénoménologie met toujours les questions en scène puisqu'elle « ne se caractérise pas par sa façon de répondre mais par sa façon de questionner la maladie mentale »[969]. Tout cela se produit lors du contact avec le patient et à partir des phénomènes qui s'y présentent. « L'expérience ici n'est pas un point de départ du travail psychiatrique, mais un objectif, pas un *terminus a quo*, mais un *terminus ad quem*. C'est dans ce sens que la phénoménologie est une 'école de l'expérience'»[970]. Elle nous apprend le refus de toute fermeture théorique car la théorie peut toujours se (re)composer avec l'expérience dans

[966] Cf. A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 18.
[967] A. Tatossian, « Théorie et pratique en psychiatrie : symptôme et phénomène. Un point de vue phénoménologique », in *Clinique du Lebenswelt* : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques, *op. cit*., 2016, p.89.
[968] L. Bloc, V. Moreira, M. Wolf-F
édida, J. Chamond, « La relation d'implication (et non d'application) entre les phénoménologies philosophique et clinique: le point de vue d'Arthur Tatossian », *Bulletin de Psychologie, à paraître*.
[969] Cf. A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 225.
[970] Cf. A. Tatossian, « Pratique Psychiatrique et Phénoménologie », in *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, org. par P. Fédida e P. Gutton. Paris: Echos-centurion, 1986, p. 129.

un « apprentissage » interminable mais cela n'est possible qu'à partir d'une ouverture de la part du clinicien.

Il nous semble pertinent aussi d'exposer ici, de façon brève, la position de Tatossian par rapport aux notions de santé et de pathologie. Il réfute l'idée d'aborder le pathologique en tant que comportement déviant, notion assez floue, et s'inscrit dans une approche qui envisage la liberté et l'autonomie[971] comme références pour indiquer le caractère pathologique d'une expérience ; de son point de vue il n'y pas une vrai dichotomie entre ces deux dimensions. Pour lui, il y a une « norme phénoménologique » propre aux phénomènes[972]. Ainsi, un comportement peut être pathologique lorsque le sujet se trouve figé dans un mode d'être en ne pouvant pas ne pas le présenter ; il y a alors une perte de l'autonomie dans une stagnation remarquable. En tenant compte de cette considération, un comportement déviant ne signifie pas forcément une pathologie ; les limites sont souvent très floues. Dans le cadre de notre recherche sur l'hyperphagie, il faut renoncer à la notion du « trop manger » mais considérer que le sujet *ne peut pas ne pas manger* ; la liberté et l'autonomie sont entravées face à cet acte « imposé ».

On parle donc ici d'un vécu pathologique qui a comme marque la stagnation dans un mode de fonctionnement, la perte de sa potentialité et l'absence d'un équilibre entre l'autonomie et l'hétéronomie. La norme phénoménologique défendue par Tatossian est traversée par la liberté en tant que « capacité de cesser d'être et de présenter un équilibre dialectique entre subjectivité et objectivité »[973]. Cette considération annonce une ouverture face aux classifications nosographiques et le recours à d'autres critères. On comprend qu'au niveau clinique cette discussion est fondamentale, puisque la liberté et l'autonomie des patients est (ou devrait être) au centre de toute proposition thérapeutique dans les différents domaines. Il s'agit là d'une question qu'il faut toujours se poser dans la quotidienneté de la clinique en accord avec la caractéristique que Tatossian reconnaît à la phénoménologie, laquelle « questionne » la maladie mentale. Lorsque Tatossian tente de comprendre la psychopathologie, il souhaite surtout comprendre les conditions de possibilité du vécu du patient et découvrir, par exemple, les altérations de la temporalité, de la spatialité et de la corporéité qui peuvent dénoter une certaine invariance et permettre la caractérisation du mode d'être propre d'une psychopathologie quelconque. Tout cela montre bien que la perte de cette liberté que l'on vient d'évoquer constitue les modes d'être pathologique.

[971] Sur ce point, Tatossian est beaucoup influencé par W. Blankenburg.
[972] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 30.
[973] Cf. L. Bloc, V. Moreira, « O normal, o patológico e a cultura », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.*, p. 165.

La direction suivie par Tatossian est basée sur le concept de *Lebenswelt* (monde vécu ou monde de la vie) d'origine husserlienne. Concept éminemment ambigu, surtout dans l'acception faite par Merleau-Ponty, le *Lebenswelt* a une grande valeur pour la psychopathologie car il se présente comme le monde préréflexif dans lequel il n'y a pas de scission entre l'intérieur et l'extérieur, l'individuel et le social, le conscient et l'inconscient, etc. ; il englobe à la fois sujet et objet dans l'entrecroisement entre l'universel et le singulier[974]. Il s'agit du « monde concret et quotidien qui est toujours 'mon' monde, tout en étant aussi 'notre' monde, parce qu'imprégné d'historicité et d'intersubjectivité »[975]. Le recours par Tatossian au *Lebenswelt*, tout en apportant sa note personnelle, traduit sa tentative de sortir d'une perspective dichotomique pour arriver à l'ambiguïté de l'expérience, c'est-à-dire à la compréhension d'une subjectivité qui, en tant que partie du monde, n'est pas purement individuelle et se constitue dans le monde de façon intersubjective. Il y a chez Tatossian une liaison indissoluble, une mutuelle constitution entre la psychopathologie (approche théorique) et la clinique (approche pratique). Cette direction ambiguë est fondée sur la nécessité de la coexistence d'une base théorique – source indispensable pour qu'une psychopathologie puisse être reconnue comme telle – et de l'approche clinique qui, grâce à la rencontre patient-clinicien, permet l'expression d'une expérience (par l'un) et la reconnaissance d'un mode de fonctionnement (par l'autre) ; il y a toujours un mouvement, dans le *Lebenswelt* ainsi conçu, qui fonde la quotidienneté comme base de cette proposition clinique.

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'utiliser, en les discutant, les contributions de Tatossian à partir de la base qu'il nous fournit pour comprendre les phénomènes psychopathologiques. Même si, dans ses travaux, il n'y a pas de références directes aux troubles alimentaires ou encore à l'obésité, nous estimons qu'il y a des directions possibles et assez fécondes malgré tout vers ces thèmes. Après avoir signalé quelques éléments de son parcours et de sa proposition théorico-clinique, nous discuterons trois points que nous considérons comme essentiels : la notion de phénomène comme voie de compréhension phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité, la subjectivité phénoménologique et ses paradoxes qui signent un centrage corporel de l'identité humaine et enfin les conditions de possibilités du vécu hyperphagique – le temps, le corps, l'espace et l'autre.

[974] V. Moreira, L. Bloc, « O *Lebenswelt* como fundamento da Psicopatologia Fenomenológica de Arthur Tatossian », *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, vol. 4, n° 1, p. 12.
[975] Cf. A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses*, *op. cit*., p. 149.

5.2.1. Du symptôme psychiatrique au phénomène : autour de l'expérience hyperphagique dans l'obésité

Le modèle de clinique proposé par Tatossian a son assise sur l'expérience. Aller du symptôme jusqu'au phénomène est la condition et la conséquence de l'immersion de la phénoménologie dans le champ clinique. Autrement dit, l'entrée de la phénoménologie dans ce champ impose une autre voie que celle utilisée habituellement en médecine, une voie qui ne se restreigne pas au symptôme et priorise le phénomène et ses modes de dévoilement. Sur ce point, nous explorerons les nuances de cette conception de Tatossian et les conséquences que cela peut avoir pour la compréhension de l'expérience hyperphagique proprement dite.

Avant d'explorer la notion de phénomène, il nous faut préciser la spécificité de la notion de symptôme somatique et celle de symptôme psychiatrique. Un symptôme somatique est le signe de la présence d'un processus pathologique au niveau d'un organe ou d'un appareil qui permet de découvrir la maladie dont souffre le sujet, qui peut signaler une partie de la réalité, c'est-à-dire qu'il peut y avoir une indépendance entre les symptômes pour autant que celui-ci a un caractère d'exactitude, d'isolement et de reconnaissance[976]. Le diagnostic, à partir des examens par exemple, essaie d'être aussi précis que possible du fait que le soma « est par excellence propriété privée et inaliénable de l'individu, comme donc les symptômes qui lui sont liés causalement »[977]. Lorsqu'on aborde le symptôme psychiatrique des particularités apparaissent imposant au clinicien un regard différent, tout à fait spécifique. L'écueil à éviter est la transposition d'un modèle somatique à la clinique psychiatrique. Le symptôme psychiatrique s'attache à la description du vécu du patient, son objet d'étude par excellence[978], ce qui est exigé pour un accès possible à ce vécu. Ainsi, la relation se présente-t-elle comme le « thermomètre » à partir de quelques références de normalité. Sa reconnaissance advient de la difficulté ou même de l'absence de communication. Tatossian refuse de situer le symptôme psychiatrique dans un champ seulement anatomo-physiologique qui impliquerait la reconnaissance d'une passivité, assez naïve, du sujet porteur d'une maladie. Il essaie toujours d'impliquer le patient dans ce qu'il ressent et dans son propre mode d'être malade. Parler d'un symptôme psychiatrique implique un modèle inférentiel de diagnostic ; sous cet angle, la maladie s'annoncerait à travers des symptômes qui signalent sa présence, ce qui obligerait le

[976] A. Tatossian, *Phénoménologie des psychoses, op. cit*., p. 25.
[977] Cf. *Ibidem*.
[978] A. Tatossian, « Symptôme clinique et structure phénoménologique », *Psychiatries*, 1978, vol. 35, p. 46.

clinicien à faire des inférences, soit par comparaison avec d'autres expériences, soit en utilisant sa mémoire et les manuels disponibles. Il s'agirait presque d'un diagnostic « par essais et erreurs »[979], ce que critique Tatossian.

Tatossian montre bien les limites du modèle inférentiel de diagnostic et son incompatibilité avec une approche phénoménologique. Il propose un modèle de diagnostic perceptif / typologique dans lequel il n'y a plus d'inférences conduisant à une direction clinique mais une perception globale du sujet. Il s'agit d'un diagnostic toujours en *statu nascendi* dans et avec le symptôme[980]. La clinique devient alors « une activité proprement perceptive et la reconnaissance des entités psychiatriques comme un phénomène fondamentalement expressif »[981]. Dans une attitude phénomélogique, le clinicien ne s'intéresse pas aux « symptômes mais aux phénomènes, pas aux maladies mais aux manières de vivre »[982]. Tatossian refuse ainsi un modèle « statique » de diagnostic et propose un « tableau » typologique des différents modes de fonctionnement dans lequel le symptôme n'a qu'un rôle accessoire. Un diagnostic selon le modèle phénoménologique n'est possible que de façon progressive et est ancré dans une rencontre clinique[983] dont le but est de percevoir le « mode d'être global du sujet », c'est-à-dire le phénomène.

Lorsque Tatossian propose une voie clinique ancrée sur la notion de phénomène, il trouve des références chez Heidegger et aussi chez Tellenbach. Il présente le phénomène comme ce qui est le plus souvent caché mais qui est à la base de l'expérience, ce qui la rend possible. Le phénomène est donc très différent du symptôme qui, lui, révèle la présence de quelque chose. Tout se passe comme si le phénomène était à l'ombre du symptôme et devait être dévoilé à travers une expérience phénoménologique qui puisse permettre son expression. Il y a un jeu entre ces deux dimensions et Tatossian n'exclut pas le symptôme mais il supprime le rôle prioritaire de celui-ci qu'il accorde au phénomène qui apparaît dans l'expérience clinique à la condition que celle-ci se fasse expérience phénoménologique et vise l'appréhension du mode d'être global du sujet et des significations de ses comportements et vécus[984]. Ainsi,

[979] Cf. A. Tatossian, « Pratique Psychiatrique et Phénoménologie », *op. cit*., 1986, p. 125.
[980] A. Tatossian, « Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique », in *L'approche clinique en psychiatrie*, org. par P. Pichot, W. Rein. Paris : Synthélabo, 1994, p. 93.
[981] Cf. A. Tatossian, « Qu'est-ce que la clinique ? », *op. cit*., p. 129.
[982] Cf. A. Tatossian, « Pratique psychiatrique et phénoménologie », 1985, in *Psychiatrie Phénoménologique* p. 228 (219-231)/.
[983] L. Bloc, V. Moreira, « Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian », *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, vol. 16, n°1, p. 32.
[984] A. Tatossia, « Pratique psychiatrique et phénoménologie », *op. cit*., 1986, p. 128.

Tatossian cherche-t-il à rendre compte du mouvement de l'expérience et à se maintenir ouvert dans une conception théorique qui se fait *avec* l'expérience.

La liberté du patient est considérée par Tatossian comme le fondement et le centre du traitement, ce qui le conduit à la question de la thérapeutique et plus largement du soin en psychiatrie. Aller vers le phénomène a des implications quant au mode de concevoir la psychopathologie et la notion de soins[985]. Cela implique aussi une position éthique consistant à toujours considérer le mode de fonctionnement du sujet et de permettre son expression. Le point de départ est le patient et son expérience ; la compréhension psychopathologique se découvre à l'intersection de cette expérience dévoilée (empirique) et de l'attitude naturelle du clinicien (apriorique), tant au niveau théorique que personnel, qui fournit aussi des éléments importants pour la compréhension du vécu des patients[986]. Cette compréhension rend possible et même explique l'ambiguïté de la proposition d'une clinique phénoménologique par Tatossian. Un compromis est établi entre la théorie basée sur la phénoménologie et la clinique, ancrée dans le caractère primordial de l'expérience vécue par les patients ; cela permet l'expérience phénoménologique puisque « le fait et le concept, ou plutôt l'essence, sont simultanément donnés et la dépressivité ne l'est jamais que dans un dépressif, le délire que dans un délirant, comme la couleur dans un rouge ou dans un bleu »[987]. Tatossian conçoit l'unité phénoménologique comme une « conquête » régulière contre les pièges de l'attitude naturelle. Plus le discours théorique est loin de l'expérience clinique, plus il est vide et fermé. La phénoménologie clinique, telle que celle proposée par Tatossian, se maintient ouverte afin de toujours se (re)faire à partir de l'expérience.

Partant de la conviction, basée sur la compréhension de l'être qui souffre, qu'il y a toujours une certaine autonomie et une certaine liberté qui persistent, Tatossian développe une clinique cherchant à restituer les possibilités, le « pouvoir-être » des patients en tant que « subjectivité ou possibilité de subjectivité »[988], sans accorder au clinicien le rôle majeur. Il s'agit d'une approche thérapeutique, voire un soin, plutôt « devançant » que « substituant »[989]. Au lieu de se substituer au patient (de lui dicter par exemple ce qu'il doit faire), ce qui crée

[985] L. Bloc, V. Moreira, « A noção de experiência fenomenológica : do sintoma ao fenômeno », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.*, p. 150.
[986] *Ibid*., p. 155.
[987] A. Tatossian, « Théorie et pratique en psychiatrie : symptôme et phénomène. Un point de vue phénoménologique », 1980, in *Clinique du Lebenswelt* : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques, *op. cit*., 2016, p.89.
[988] Cf. A. Tatossian, « L'expérience du phénomène et le projet psychothérapeutique », in *Psychiatrie Phénoménologique, op. cit.*, p. 278.
[989] *Ibid*., p. .278-279.

souvent une dépendance et supprime le rôle actif de ce dernier dans son propre traitement, le but est de restituer le pouvoir du patient sur son existence, ancré dans la croyance dans sa potentialité et dans sa liberté, présents de façons différentes, selon les sujets. On peut dire que Tatossian utilise le potentiel de la phénoménologie pour la clinique et les possibilités et ouvertures offertes à la fois comme attitude clinique et comme « critique de la raison psychiatrique »[990]. Il ouvre un champ d'expérience et de développement pour le discours et l'approche clinique en psychiatrie et en psychopathologie qui mériterait d'être utilisé et développé. Après plus de vingt ans après sa disparition, ses propositions sont toujours d'actualité et nécessaires pour la prise en charge des sujets atteints de maladie « mentale ».

Transposer cette compréhension du patient à notre sujet de thèse peut se présenter comme un point de vue fécond et original par rapport à la psychopathologie et, par conséquent, contribuer à la discussion sur les modes de traitement. L'hyperphagique a un attachement excessif à la logique du symptôme dans la mesure où son identification se restreint surtout à la quantification symptomatique et au paradigme inscrit sur les manuels de psychiatrie. Les traitements ont pour objectif la disparition des symptômes sans, le plus souvent, que le clinicien s'interroge sur ce qu'il y a au-delà de ce qui s'y montre. La voie phénoménologique nous incite à comprendre le mode d'être global de ce sujet qui, lors d'un épisode hyperphagique, vit des situations où il *ne peut pas ne pas manger*, qui perd le contrôle par rapport à l'alimentation et qui nous rapporte cette expérience vécue dans le contexte clinique. Évoquer un mode d'être global signifie la prise en considération de la façon dont le sujet éprouve ses relations avec son propre corps, avec les autres et avec le monde, sans oublier la dimension spatiale et temporelle qui constitue toute expérience. Il s'agit de dépasser le centrage sur le comportement sans s'en éloigner complètement, c'est-à-dire reconnaître sa forme et son mode de présentation en tant que riche de significations et porté par un vécu. Les actes hyperphagiques ne constituent qu'un signe, un symptôme du mode d'être-au-monde du sujet, le mode de fonctionnement hyperphagique englobant tout le sujet. Il y a une dynamique propre à cette expérience, une intentionnalité, et le défi posé est celui de percevoir à la fois les aspects généraux, objectifs qui caractérisent ce phénomène et d'être avec le patient dans ce qui lui est propre et marque sa subjectivité.

Le sujet qui vit une expérience hyperphagique, comme cela se passe lors de toute expérience pathologique, ne peut pas, dans le même temps, vivre une autre expérience ; il y a donc une perte de liberté. En tant que phénomène, le mode d'être hyperphagique, et cela est

[990] Cf. A. Tatossian, J-M Azorin, « Phénoménologie ». In *Manuel Alphabétique de Psychiatrie*, éd. par A. Porot. Paris : Presses Universitaires de France, 1984, p. 529

vrai pour les autres troubles alimentaires, traduit la spécificité du bouleversement des actes alimentaires ; bien que ceux-ci soient quotidiens et indispensables à la vie, ce bouleversement introduit une souffrance dans la relation avec la nourriture et l'exacerbation de l'incapacité de contrôler (ou contrôler en excès comme le cas de l'anorexie) les apports alimentaires. L'expérience hyperphagique s'annonce par la difficulté qu'a le sujet de ressentir son propre corps lors de l'acte alimentaire, dans l'incapacité de faire des choix et dans le recours à l'alimentation bien au-delà de la relation faim-satiété : il y a un mode de fonctionnement qui met l'acte de manger au centre de façon excessive – tout se concentre, d'une certaine façon, autour du « manger ». L'approche de cette psychopathologie par la voie du phénomène implique de considérer non seulement l'acte hyperphagique proprement dit, mais aussi, et parfois surtout, ses conditions de possibilité et ses possibles « conséquences » comme, par exemple, la culpabilité vécue par le sujet, caractéristique de cette expérience, qui démontre l'existence d'un bouleversement de la relation avec les autres. Ce n'est pas un hasard si le sujet souvent cache aux autres ses prises alimentaires et mange en cachette, même si la culpabilité qui l'atteint est indépendante de la visibilité ou non de l'acte lui-même par les autres. Ces actes et ces expériences ont de nombreuses significations qui méritent d'être envisagées et dévoilées car cela est nécessaire à leur compréhension.

Il nous semble important ici d'évoquer l'obésité en tant que phénomène, même si nous reconnaissons qu'elle peut se présenter sous de multiples formes et entraîne diverses manifestations. Il s'agit là d'un phénomène plus complexe que le précédent du fait de son hétérogénéité, de son degré d'amplitude et de sa manifestation imminente toujours possible. La mutabilité et l'inachèvement du corps conduisent à une certaine vulnérabilité vis-à-vis de l'obésité en tant que possibilité. La société contemporaine, de façon générale, institue une surveillance des corps afin qu'ils ne deviennent pas « gros » et tout dépassement des normes admises est considéré comme une faille par nos contemporains. Même sans être qualifié de trouble alimentaire, l'obésité est vue le plus souvent comme liée à une incapacité de contrôler les actes alimentaires, ce qui peut aisément conduire à l'associer de façon non réfléchie, sans approfondissement, à l'hyperphagie. Cette association n'est pas anodine, mais elle ne doit pas être signalée sans distinction. Dans le cas spécifique de l'obésité, sans encore réfléchir sur cette relation, il nous semble cohérent de parler d'un mode d'être dans lequel la prise de poids, avec toutes ses implications, est au centre du vécu du sujet. Bien qu'elle soit, pourrait-on dire, limitée, la condition corporelle est le critère retenu pour l'identification de toute obésité, ce qui accentue encore plus sa dimension visible. L'obèse est encore plus assujetti au regard des autres qu'un sujet sans excès pondéral car il ne peut cacher son corps ni à lui-même ni aux autres.

Cette situation dépasse largement la simple quantification pondérale ; elle implique aussi pour le sujet un mode de relation avec le monde, caractérisé par le mode d'*avoir* et d'*être* ce corps ; de plus il ne faut pas oublier que les dimensions culturelles influent sur cette expérience, et ce, de différentes manières. Si le corps est un mode de présentation dans le monde, le principal et le plus évident, l'obésité met en scène un corps qui est évalué dans sa forme et qui est le plus souvent reconnu comme hors norme.

L'obésité, pourrait-on dire, est un *mode d'être corporel* et un *mode particulier d'avoir un corps* dont la forme institue différentes relations et bouleverse l'équilibre désiré entre *le corps que nous sommes* et *le corps que nous avons*. Autrement dit, avoir ce « corps gros » va bien au-delà d'une condition physique et confronte souvent le sujet à son propre corps et au monde. La souffrance psychique peut être aussi présente, même si elle n'est pas assimilée d'emblée à une maladie mentale. Le sujet obèse peut souffrir avec et à travers sa condition corporelle et ses diverses implications. Considérer l'obésité comme phénomène signifie avoir une perspective plus ouverte et plus proche de l'expérience du sujet dans un sens global. Les stratégies d'intervention peuvent devenir alors plus naturelles et plus efficaces, cherchant à impliquer les patients dans leur traitement et à rétablir leur désir de soin personnel et, par conséquent, leur liberté. Quoique le but soit de changer, parfois radicalement, le corps on peut dire que tout traitement de l'obésité doit passer par une (re)appropriation du corps car il y aura toujours une confrontation du sujet à lui-même, à plusieurs niveaux. Nous sommes notre corps, il est toujours avec nous et devant nous : c'est une marque de notre existence corporelle. Avec l'obésité, ce corps est encore plus convoqué et rappelé dans son mode propre d'existence. En outre, ce corps est incité à changer.

Nous avons évoqué ici l'hyperphagie et l'obésité séparément en insistant et en mettant en évidence quelques points particuliers et en expliquant comment leur approche en tant que phénomène peut changer la façon de les voir. Lorsque nous optons pour rechercher l'expérience hyperphagique dans l'obésité, nous mettons l'accent sur les patients qui à la fois éprouvent un mode d'être pathologique ancré sur la perte de contrôle par rapport au manger et un mode d'être et d'avoir un corps vu et jugé comme obèse. Ensemble ou séparés, ces phénomènes sont souvent réduits à la figure du « trop manger », ce qui ne permet pas d'atteindre vraiment l'une ou l'autre de ces expériences. En ce qui concerne leurs relations, il y a toujours un risque d'identifier trop vite et de façon trop simpliste soit l'hyperphagie comme cause de l'obésité, soit l'hyperphagie comme une condition propre de l'obésité. En revanche, il est évident qu'il y a une difficulté pour établir les frontières entre ces deux expériences. Dans la mesure où elles sont vécues ensemble et entrelacées, apparaît une complexité qui doit être envisagée lors du choix des

traitements. Le sujet est affecté à la fois par sa condition corporelle (aspect), par le cumul de masse (poids) et par la démesure de son comportement alimentaire et sa perte de contrôle face au « manger » qui acquiert une connotation plus large, affectant sa liberté et son mode de vivre son propre corps.

Au-delà d'essayer d'établir les termes de cette relation, il faut envisager cette problématique dans ses modes d'expression et dans sa dynamique, ce qui exige un contact avec l'expérience. Plus le clinicien sera proche du vécu du patient, plus il approchera de la compréhension de l'expérience. Il y a souvent une confusion entre le « trop manger » et l'hyperphagie, voire avec l'obésité, en tant que mode de fonctionnement. Il faut s'éloigner de cette association immédiate avec le « trop manger », surtout quand cela implique une notion purement quantitative. Une clinique phénoménologique des troubles alimentaires et aussi de l'obésité doit rechercher la globalité de l'expérience et intervenir dans sa quotidienneté. Lorsque le patient décrit son expérience vécue, il est possible de comprendre ce qu'il éprouve et son mode de fonctionnement. Pour atteindre l'expérience phénoménologique, possible seulement par la voie du phénomène, le clinicien doit la conquérir en étant avec le patient et avec son expérience vécue, dévoilée dans la rencontre clinique. En mettant l'accent sur le phénomène, Tatossian nous invite à nous plonger dans l'expérience des patients qui est le paradigme central et point de référence pour (re)composer tout discours théorique-clinique.

5.2.2. La subjectivité phénoménologique et ses paradoxes : vers le centrage corporel de l'identité humaine

La discussion sur la subjectivité est propre au domaine clinique et peut être envisagée dans différentes directions. Ce sujet a été étudié par Tatossian , qui estime qu'il s'agit là d'un thème d'importance majeure comme il le montre dans ses derniers travaux[991] , et il nous a paru possible d'utiliser ses réflexions dans le cadre de la recherche, objet de cette thèse. Dans ses textes « La subjectivité » (1994) et « Phénoménologie : une épistémologie pour le psychiatre » (1996) il aborde cette thématique sous l'angle d'une logique phénoménologique et clinique. La première question qui nous nous posons est la suivante : peut-on parler d'une « subjectivité phénoménologique » ? Pour Tatossian, la phénoménologie a le mérite d'un centrage sur le sujet et fournit des outils pour concevoir tant la subjectivité que le sujet lui-même. La subjectivité

[991] D. Pringuey, « Phénoménologie de la subjectivité: Tatossian et la clinique psychiatrique », *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.,* vol. 8, p. 158.

est considérée par lui comme constituante[992], ce qui permet le surgissement du sujet et même le fonde. Comme il s'agit là d'un vrai fondement, elle a un rôle d'organisation et de structuration. Il s'agit d'une subjectivité transcendantale, c'est-à-dire qu'elle se présente toujours comme possibilité[993] et échappe à tout essai de l'isoler vu qu'elle n'est ni conscience, ni ego individuel ni intériorité – « la subjectivité n'apparaît que dans l'expérience de l'Ego qu'elle a en fait constitué, sans se confondre avec lui »[994]. Elle a une fonction-sujet dans laquelle elle est capable aussi bien de s'actualiser que de ne pas s'actualiser face aux différentes situations. L'inaccessibilité est l'une de ses caractéristiques qui provient du fait qu'elle est « rebelle à toute représentation »[995], ce qui l'édifie aussi dans son caractère élusif.

Ne pouvant être représentée, la subjectivité se présente comme une énigme et, en termes phénoménologiques, elle se manifeste toujours comme expérience, sans qu'elle soit l'expérience en elle-même ; elle constitue les conditions de possibilités du sujet[996]. En étudiant la définition de la subjectivité proposée par Tatossian, on constate qu'il considère que la notion de liberté est la base sur laquelle se fonde le caractère de possibilité de l'expérience humaine. Dans le champ clinique, cette considération est très importante car elle montre qu'il faut toujours établir ce qui est propre au sujet et à sa subjectivité et qu'il faut toujours permettre au sujet d'avoir un rôle actif dans ses expériences. Chercher la subjectivité signifie, pour Tatossian, essayer d'aller vers ce que l'homme est, vers l'identité humaine, comprise ici comme les éléments qui composent son existence en tant que sujet et rendent possible une caractérisation face à plusieurs possibilités. Cependant, quand cette démarche sort de la logique explicative, elle n'est pas aussi simple qu'il paraît a priori car cette identité est entourée de paradoxes, liés aussi aux choix[997] du sujet. Ainsi, Tatossian considère que le corps, le temps et la culture sont les trois éléments indicatifs responsables du paradoxe de l'identité humaine. Liés entre eux, ces trois éléments nous semblent constituer le nœud de l'identité humaine et sont capables, à notre avis, d'indiquer quelques directions de recherche par rapport à notre sujet.

---

[992] A. Tatossian, « Phénoménologie: une épistémologie pour le psychiatre », 1996, in *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques, op. cit.* p. 137.
[993] L. Bloc, V. Moreira, « A subjetividade fenomenológica », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.,* p. 196
[994] Cf. A. Tatossian, « La subjectivité », in *Traité de psychopathologie*, dir. par D. Widlöcher. Paris : Presses Universitaires de Frances, 1994, p. 307.
[995] A. Tatossian, « Phénoménologie : une épistémologie pour le psychiatre », *op. cit*., p. 15.
[996] L. Bloc, V. Moreira, « A subjetividade fenomenológica », *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.,* p. 208.
[997] À ce moment-là, Tatossian fait référence à Sartre.

Lorsque Tatossian évoque le premier paradoxe, celui en rapport avec le corps, il met en évidence une certaine confusion entre l'homme et son corps. Lorsque quelqu'un dit par exemple « je suis fatigué, j'ai faim, je souffre », il s'agit d'un corps vécu. Cependant, l'homme ne se contente pas d'être seulement son corps, il veut pouvoir en disposer aussi comme un outil, comme quelque chose de différent de l'ego. La conséquence est que chacun de nous vit « la tâche permanente du maintien d'équilibre entre être-un-corps et avoir-un-corps »[998]. Ce point fait écho avec notre discussion, faite dans la deuxième partie de cette thèse, sur les propositions de Merleau-Ponty et aussi sur celles de Tatossian. Il nous faut ajouter que l'expérience hyperphagique dans l'obésité peut signaler la perte de cet équilibre qui se manifeste soit dans les épisodes hyperphagiques au cours desquels l'excès d'ingestion d'aliments et l'incapacité à maitriser les actes alimentaires bouleversent cet équilibre désiré et jamais tout à fait trouvé, soit aussi dans la non reconnaissance du corps obèse qui peut établir une distance entre ce corps que le sujet a vraiment, au niveau concret et « réel », et ce qu'il est et éprouve dans ses expériences vécues. La prise rapide de poids liée aux épisodes hyperphagiques peut aussi dans certains cas bouleverser cette relation et augmenter ce paradoxe. D'une façon générale, ce paradoxe corporel se manifeste dans notre subjectivité et nous hante étant donné que ce corps est toujours en changement puisqu'il s'agit d'un corps qui est souvent à l'épreuve de lui-même, d'autrui et du monde.

Le second paradoxe, celui du temps, atteint la possibilité de conciliation de la permanence et du changement. Une identité implique la permanence à la fois d'éléments du passé et de l'histoire ainsi que leur maintien dans ce qui est à venir. Par contre, les changements, les événements peuvent mettre parfois en scène de nouveaux éléments. À ce moment-là tout est, d'une certaine façon, mélangé et a le pouvoir de constituer les possibilités du sujet dans le temps[999]. Nous observons ici que le paradoxe du temps est attaché à celui du corps. Dans ce corps, qu'à la fois nous sommes et que nous avons, il y a la permanence d'un corps par exemple avec sa physionomie, avec ses traits et ses signes particuliers qui permettent une identification tout au long du temps, mais il y a aussi un corps inachevé et en changement perpétuel. Notre corps change avec le temps et, notamment, avec nos actes alimentaires qui mettent à l'épreuve la permanence de ce corps. Notre corps porte une histoire ancienne et aussi une histoire toujours à écrire dans notre quotidienneté, ce qui renvoie à la fois à sa forme et aux expériences vécues. Sa plasticité renvoie à son caractère temporel[1000] et à notre vulnérabilité face aux changements

[998] Cf. A. Tatossian, « La subjectivité », *op. cit*., p. 258.
[999] L. Bloc, V. Moreira, « A subjetividade fenomenológica », *op. cit.,* p. 199.
[1000] Nous aborderons aussi la question du temps dans le vécu hyperphagique dans l'obésité dans le point suivant.

parfois inévitables. L'expérience hyperphagique va au-delà d'un comportement, puisqu'elle met en évidence un mode de relation et l'histoire d'un sujet qui se trouve dissonant avec son corps et bouleversé par l'envie soudaine de manger. On aborde ici un paradoxe temporel qui nous entoure et marque nos relations. Dans une société contemporaine où il y a une demande de vitesse et une obligation de résultats dans un court espace de temps, ce paradoxe s'intensifie. En ce qui concerne le corps certaines demandes faites exigent une réponse dépassant parfois celles possibles par celui qui est en cause : c'est alors que la souffrance peut survenir.

Le troisième paradoxe signalé par Tatossian est celui de la culture. En tant que « système de vie quotidienne »[1001], la culture constitue la naturalité du monde et, comme « culturalité » implique l'intersubjectivité dans un mode d'échange permanent. Son paradoxe se situe dans cet échange qui doit toujours exister, mais qui doit aussi être partiel afin que chacun puisse garder une perspective qui lui est propre. Ainsi, ce qui est interchangeable dans l'identité humaine est l'identité de rôle, alors que l'identité proprement individuelle, égoïque, n'est pas interchangeable. Il faut qu'il y ait un espace entre ces deux identités pour qu'existe un équilibre dynamique et même dialectique entre « Je » et « rôle »[1002]. Si la culture est présente de façon systématique, « le pouvoir de quotidienneté apparaît comme le pouvoir le plus précieux de la subjectivité »[1003] - un jeu est ainsi formé pour la composition de l'identité. Comme cela a été fait pour le paradoxe du temps, nous voulons situer aussi celui de la culture par rapport au corps. Nous vivons une culture de plus en plus « corporelle », ce qui incite à une identité de rôle, marquée par des échanges, centrée surtout sur ce corps. Le corps est la cible du regard de l'autre, de son évaluation et de son identification, ce qui peut produire des conflits identitaires. Lorsqu'on parle par exemple de l'obésité, il y a déjà une série de rôles attribués, et souvent incorporés, à ce mode d'être et d'avoir un corps. En tant que condition corporelle il y a des implications. Néanmoins, ce qui nous voulons mettre en exergue est que ce sujet ne peut pas être réduit à son corps, à son image et à sa forme, bien qu'il ne cesse pas d'être son corps. Dans la mise en scène excessive du corps, l'identité individuelle est souvent laissée de côté. On pourrait dire que, dans le cas de l'hyperphagie dans l'obésité, il y a souvent une attribution et une marque particulière données au sujet autour de la nourriture et du trop manger ; il est identifié *avec* et *par* ses actes alimentaires et aussi par sa condition corporelle. En outre, avec l'addition d'un élément psychopathologique, il peut avoir aussi le risque d'une réduction de ce sujet à son expérience psychopathologique. La culture met parfois le sujet en conflit constant

[1001] Cf. A. Tatossian, « La subjectivité », *op. cit*., p. 258.
[1002] *Ibidem*.
[1003] *Ibid.*, p. 297.

avec lui-même, avec son corps et avec le monde, son monde et joue sur le quotidien, aussi bien que les actes alimentaires avec toute son ampleur de sens.

La thématique de la culture n'est pas aléatoire chez Tatossian et mérite d'être mise en évidence, surtout puisque nous proposons dans ce travail de thèse, l'étude de deux contextes culturels distincts, français et brésilien. Tatossian reconnaît le potentiel de la phénoménologie dans la compréhension de la culture puisque, en tant que méthode, celle-ci « s'interdit de détacher le sujet et l'objet, l'individu et le monde et plus précisément le monde humain. Le vécu phénoménologique lie indissolublement comportement extérieur et signification »[1004]. Il s'agit d'une culture qui constitue les expériences vécues et leurs processus de signification[1005], une culture vécue qui nous incite à « appréhender l'être humain dans sa socialité originaire et dans sa culturalité obligatoire »[1006]. Or, ce point de vue justifie et montre l'importance de la considération de deux contextes différents dans cette recherche sur le vécu hyperphagique dans l'obésité. Ainsi, en travaillant avec le contexte culturel français (celui de Paris) et le contexte culturel brésilien (celui de Fortaleza), nous pouvons atteindre l'expérience « du manger » en profondeur, dans cette liaison indissoluble entre comportement et signification, et envisager aussi, autant que possible, une démarche comparative.

Si la culture fait apparaître le paradoxe de la subjectivité, elle impose aussi le défi de l'incorporer dans le discours clinique, loin de la logique causale et explicative et de la dichotomie entre nature et culture. Tatossian, conscient de la dimension ambiguë de la culture en psychopathologie, considère à la fois les aspects biologiques et culturels sans les opposer. Il estime qu'il y a, d'un côté, un vécu commun qui peut être retrouvé dans les différentes cultures et à partir duquel une catégorisation est possible et, de l'autre côté, les formes d'expression et leurs significations qui peuvent varier en fonction de la culture vécue[1007]. La comparaison entre les cultures permet à la fois de découvrir des éléments communs, propres à l'expérience hyperphagique, et ce, indépendamment du contexte culturel vécu, et des marques culturelles toujours présentes et qui, justement, du fait de leur présence permettent un processus de signification. Tatossian, tout comme Merleau-Ponty, introduit une certaine ambiguïté dans son mode de voir les phénomènes et dans sa compréhension clinique, ce qui met en scène la rencontre avec le sujet et avec sa psychopathologie, tout en faisant partie d'une culture.

[1004] Cf. A. Tatossian, « Société, culture et théorie psychiatrique », In *Psychiatrie et Société : textes réunis en hommage à Paul Sivadon*. Paris : Eres, p. 342.
[1005] L. Bloc, V. Moreira, « O normal, o patológico e a cultura », *op. cit*., p. 171.
[1006] A. Tatossian, A. « Société, culture et théorie psychiatrique », *op. cit*., p. 343.
[1007] L. Bloc, V. Moreira, « O normal, o patológico e a cultura », *op. cit*., p. 173.

Tatossian reconnaît l'existence de paradoxes qui « reposent sur un paradoxe fondamental selon lequel la subjectivité ne peut exister que dans un équilibre, jamais définitivement acquis, entre elle-même et ses aliénations et donc dans une certaine inauthenticité » [1008] mais ces paradoxes ne signifient pas forcément une direction psychopathologique. L'entrée inévitable du sujet dans les paradoxes de l'identité résulte de son expérience du monde et plus l'inauthenticité est présente, plus elle peut être source de souffrance et rendre possible une expérience psychopathologique. Dans le cas des troubles alimentaires, on peut comprendre l'accentuation de ces paradoxes du fait de la distance entre être et avoir un corps, du caractère dynamique et changeable du corps, ancré dans la temporalité, et des demandes culturelles pour assumer des rôles divers dans un corps souvent convoqué.

Avec une manière particulière de dialoguer avec la phénoménologie philosophique, Tatossian ne se restreint pas à une seule phénoménologie. Autrement dit, il ne suit pas une école et laisse ce rôle à la propre expérience des patients comme « guide ». Cependant, en ce qui concerne la problématique de la subjectivité, il reconnaît l'intérêt des travaux de Paul Ricœur et les utilise lorsqu'il s'inspire, du contenu du livre *Soi-même comme un autre* (1990). Chez Ricœur, la subjectivité est comprise comme identité humaine et régie par la réflexivité. L'identité est ainsi partagée entre identité-idem (mêmeté) et identité-ipse (ipséité). En tant qu'identité des choses, l'identité-idem implique « la persistance de qualités, de propriétés ou de traits et donc de l'identité humaine avec la persistance d'un noyau invariant de la personnalité, le caractère »[1009] ; une telle identité peut suffire aux choses et aux êtres vivants non humains, mais non à l'identité humaine. L'ipséité se constitue par la promesse tenue qui prouve la permanence de la subjectivité. Il s'agit d'une fidélité à soi qui n'a rien à voir avec la persistance des qualités et des propriétés. Bien que « les tendances, les intérêts, les soucis du sujet, aient pu changer, et même radicalement, le sujet tient sa promesse ou est appelé à le faire »[1010] grâce à l'ipséité. D'une part, la mêmeté exprime la permanence du « quoi » et du « qui » humain et, d'autre part, l'ipséité constitue la permanence de ce « qui », même si son contenu est susceptible de changer ou a changé totalement.

Tatossian, en faisant appel aux travaux de Ricœur sur la question de la subjectivité et ses implications au sein de la clinique, conçoit une approche de la subjectivité humaine ancrée dans la dialectique, entre la mêmeté et l'ipséité, qui n'est possible qu'à partir d'une identité

[1008] Cf. A. Tatossian, « La subjectivité », *op. cit*., p. 259.
[1009] Cf. *Ibid*., p. 310.
[1010] Cf. A. Tatossian, « L´identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses ». *L´Art du Comprendre*, 1994, n° 1, p. 100.

narrative, c'est-à-dire à partir d'une identité humaine qui peut et doit être racontée. Sans doute, l'identité du « qui », l'ipséité, apparaît comme plus importante et plus fondamentale que l'identité du « quoi » humain, la mêmeté. Cependant, Tatossian fait remarquer, à ce sujet, la tendance dans la vie quotidienne à reconnaître le « qui » à partir du « quoi », tendance constatée mais non satisfaisante[1011]. Lorsque l'on parle de la subjectivité et de l'identité humaine on retrouve la notion de corps, le centrage corporel et cela nous ramène au sujet de notre thèse. On vit une chosification du corps qui incite à la reconnaissance du sujet à partir de ce « quoi » qui peut envisager le corps en tant qu'objet. La différence est que le corps porte aussi une expérience, il est habité, ce qui donne une tonalité spécifique et des risques imminents. Il nous semble qu'un certain chevauchement de la mêmeté sur l'ipséité, par la voie du corps, empêche parfois cette dialectique et cet équilibre nécessaires. Ce mouvement n'est pas celui d'un sujet isolé, mais se constitue dans l'insertion de ce sujet dans le monde. Il y a un monde vécu qui « porte » ces expériences dans notre radicale coappartenance. En outre, lorsque Tatossian évoque la narrativité, cela n'est pas anodin car il met ainsi l'accent sur la puissance de la clinique et l'importance de mettre en exergue cette subjectivité fondatrice absorbée par la dynamique de l'identité entre la mêmeté et l'ipséité. On comprend combien cette approche, proposée par Tatossian, est importante dans la mesure où elle nous offre une voie de compréhension de l'expérience humaine et un modèle en psychopathologie.

Avant d'en terminer avec la subjectivité il nous paraît intéressant, – tout en réaffirmant que Tatossian pour la compréhension de la subjectivité phénoménologique utilise la notion d'identité en s'inspirant, comme nous l'avons vu précédemment , des travaux de Ricœur – de souligner une nette proximité entre les conceptions de Ricœur et celles d'Alfred Krauss[1012] sur ce sujet. Alfred Krauss aborde aussi l'identité comme un équilibre permanent entre deux pôles : l'identité de rôle, proche de la mêmeté, et l'identité du « Je » ou égoïque, proche de l'ipséité et évoque la même dialectique entre, d'une part, « être un corps » et « avoir un corps » et, d'autre part, l'identité[1013] : dans les deux cas il s'agit de la recherche d'un équilibre « nécessaire » permettant que « l'homme peut être autre que soi et peut donc comprendre autrui, communiquer et œuvrer avec autrui sans dommage pour son individualité »[1014] mais cela suppose une certaine élasticité qui permet par exemple un retour de l'identité de rôle à l'identité égoïque proprement

[1011] *Ibidem.*
[1012] Krauss s'inspire souvent dans la philosophie de Jean-Paul Sartre.
[1013] A. Krauss, « Modes d'existence des hystériques et des mélancoliques », in *Psychiatrie et Existence*, org. par P. Fédida, J. Schotte. Grenoble : Éd. Jérôme Millon, 2007, p. 273.
[1014] Cf. A. Tatossian, « L´identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses », *op. cit.*, p. 103.

dite. Néanmoins, notre question ici se concentre sur l'absence ou l'impossibilité de cette équilibre, sur les « variations de la subjectivité humaine selon la proportion de la mêmeté et de l'ipséité »[1015]. En effet ce modèle, qui est utilisé en psychopathologie pour la compréhension en particulier de l'hystérie et de la mélancolie, comme l'ont montré Tatossian et Krauss, nous conduit vers l'expérience hyperphagique dans l'obésité puisqu'il nous permet de comprendre les risques d'une accentuation du corps objet, du « quoi », de l'identité-idem sur l'ipséité. Le vécu est ainsi souvent laissé de côté et, par conséquent, le sujet lui-même qui éprouve l'expérience. Ce sujet est jugé en fonction du corps qu'il a et par la nourriture qu'il mange tandis que sa subjectivité est parfois ignorée, lors d'une expérience aussi quotidienne et banale que l'acte de manger, de même que la psychopathologie en résultant. La tâche de la phénoménologie est justement d'envisager cette expérience et Tatossian tient toujours compte de ce qu'il considère comme le plus important : le vécu du sujet.

5.2.3. Conditions de possibilité du vécu hyperphagique dans l'obésité : le temps, le corps, l'espace et l'autre

Dans une approche phénoménologique de la clinique, atteindre le vécu signifie chercher le mode d'être global, la forme unitaire de l'être humain dans ses différents modes de présentation et modes d'être malade. Les expériences sont toujours vécues dans le temps, dans le corps, dans l'espace et dans la relation avec l'autre : ce sont ses conditions de possibilité. Tatossian, surtout dans ses textes relatifs à la dépression, nous propose des pistes pour la compréhension des phénomènes psychopathologiques. Il refuse la tendance de la psychopathologie phénoménologique, propagée surtout par quelques travaux de Minkowski et de Binswanger, d'envisager « seulement » le rôle de la temporalité et il élargit le champ de discussion à d'autres catégories. Il apporte là une contribution significative à la psychopathologie en cas de troubles du comportement alimentaire car nous sommes conduits à réfléchir, par exemple, sur les conditions de possibilité du vécu hyperphagique dans l'obésité. L'intention de Tatossian n'est pas de faire un diagnostic ou de proposer un mode de fonctionnement homogène et statique. Il cherche une familiarité avec le vécu qui peut permettre l'approche du malade et la compréhension de son monde vécu[1016]. Lorsque Tatossian évoque

[1015] *Ibid*., p. 105.
[1016] L. Bloc, V. Moreira, « As condições de possibilidade do vivido depressivo e a experiência da depressividade », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.*, p. 250.

le vécu du sujet, il s'agit de l'« appréhension de phénomènes qui, touchant au corps, au temps, à l'espace et à la relation sont beaucoup plus stables que les symptômes »[1017]. Les altérations des conditions de possibilité à différents niveaux rendent possible le vécu psychopathologique et, bien que la traduction clinique ne soit pas toujours évidente, elles sont à l'origine du mode d'être-au-monde du sujet qui souffre. En outre, quoique ces conditions de possibilité aient été envisagées séparément, il ne faut pas oublier, qu'en pratique, elles sont liées entre elles. Bref, dans ce dernier point, nous illustrons, inspirés par les contributions de Tatossian, quelques possibles altérations de ces conditions de possibilité dans le vécu hyperphagique en cas d'obésité.

Lorsque Tatossian aborde le temps vécu, il s'agit d'un temps proprement humain, le temps du sujet qui représente le dynamisme vital du devenir humain[1018]. Tout en reconnaissant le rôle de la trilogie – Passé, Présent et Futur – dans la phénoménologie du temps vécu, il essaie de dépasser ce qu'il considère comme statique, toutefois sans l'abandonner complétement, afin de parvenir à un temps phénoménologique qui ne fait qu'un avec la subjectivité[1019]. Il est impossible d'analyser toute l'amplitude du concept phénoménologique relatif au temps proposé par Tatossian, aussi nous bornerons ici à n'étudier que les altérations de ce qui permet une organisation du temps comme flux permanent, autrement dit les altérations de ce qui permet un « je peux » constitutif de l'être humain ancré sur l'avenir comme ouverture.

Ainsi il est possible de comprendre la temporalité dans le vécu hyperphagique comme un essai de diminuer le temps séparant les repas. Sans pouvoir atteindre un rythme de repas satisfaisant et du fait que le temps ne passe pas assez vite, il y a un mouvement d'anticipation qui conduit vers l'acte alimentaire ; celui-ci est prolongé, le sujet essayant de le maintenir d'où la vitesse, l'intensité et la quantité excessive, tout cela étant sous-tendu par la condition de *ne pas pouvoir ne pas manger*. L'intervalle de temps entre deux repas est ressenti comme trop longue et l'envie de manger s'impose à lui. Les horaires des repas, inscrits comme des points de repère quotidiens, ne peuvent pas être respectés face à cette demande immédiate et souvent impulsive. Il est impossible de faire abstraction ici de la *fonction structurante de la nourriture* en relation avec les temps des repas et leur articulation avec le temps social. Les repas sont des « monuments » de la vie de nous tous et structurent la journée, ce depuis l'enfance. Ils sont parfois le centre de toute journée, tant comme agrément que comme occupation. Dans les cas

[1017] Cf. A. Tatossian, « Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique », 1983, in *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, p. 99.
[1018] A. Tatossian, « Aspects phénoménologiques du temps humain en psychiatrie », 1979, in *Clinique du Lebenswelt* : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques, *op. cit*., p. 65-66.
[1019] *Ibid*., p. 71.

pathologiques cette fonction structurante de la nourriture établit un lien entre l'hyperphage et son entourage ; il s'agit d'une pathologie du moment dans laquelle le temps de l'action n'est plus respecté, les étapes étant brûlées et le rite de l'« heure de manger » ayant perdu sa puissance face à « l'immédiateté » qui s'impose.

En discutant le temps humain en psychiatrie, Tatossian affirme que « Chez tout malade psychique ou presque, on peut parler de répétition du passé, d'insatisfaction du présent vide et d'incapacité de projection dans l'avenir »[1020]. Cette affirmation, assez didactique et générale, nous conduit à réfléchir sur le vécu hyperphagique et deux constatations s'imposent à nous : la répétition de l'acte alimentaire apparaît comme une voie pour remplir le vide du présent et l'incapacité de projection de la culpabilité qui s'installe souvent après l'expérience vécue. L'acte alimentaire peut être le chemin emprunté par le patient pour éloigner la souffrance mais aussi être source de souffrance suite à la prise alimentaire excessive. La continuité temporelle est altérée et, dans le vécu hyperphagique, la perception subjective du temps est modifiée, les patients ne pouvant pas parfois, par exemple, se rappeler de ce qu'ils étaient en train de faire quand est survenu l'épisode d'hyperphagie, combien de temps celui-ci a duré et même ce qu'ils ont mangé[1021]. Face à un corps toujours en changement, le temps est un mécanisme objectif de contrôle et une condition de possibilité d'une expérience qui ne peut être vécue hors de la temporalité. Il nous faut bien sûr rappeler qu'il existe des types d'intervention sur le corps qui, dans leur radicalité, agissent sur l'exigence et la vitesse d'ingestion comme par exemple certains régimes restrictifs et la chirurgie bariatrique.

Dans la partie II de notre thèse nous avons déjà étudié la notion de corps présentée par Merleau-Ponty comme voie pour comprendre les troubles alimentaires . Ce même sujet, le corps, occupe une place très importante dans les travaux de Tatossian. Il nous semble essentiel d'insister sur l'importance du paradigme du corps comme condition de possibilité du vécu hyperphagique. Tatossian reconnaît au corps un statut particulier. L'équilibre nécessaire entre *être un corps* et *avoir un corps* « implique la possibilité de déséquilibres entre corps-sujet et corps-objet qui marquent en effet éphémèrement la vie quotidienne et plus durablement la vie des malades, somatiques ou psychiques »[1022]. À cet égard, on peut dire que la perte de cet équilibre se retrouve de façon assez systématique dans le mode d'être hyperphagique car le

[1020] *Ibidem.*
[1021] G. Castellini, F. Trisolini, V. Ricca, « Psychopathology of eating disorders », *Journal of Psychopathology,* 2014, vol. 20, p. 467.
[1022] Cf. A. Tatossian, A. « Phénoménologie du corps », 1982, in *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, 2016., p. 94.

corps, caractérisé par sa grande disponibilité d'action, devient dans ce cas, d'une certaine façon, indisponible. Un corps sans contrôle se trouve, en quelque sorte, privé de son caractère propre, destitué pour l'instant de son pouvoir être. D'après Tatossian, « la disparition de la disponibilité du corps entraîne la disparition de l'unité somatopsychique chez le malade »[1023]. Il s'agit d'un corps qui « porte » la souffrance dans la mesure où il est éloigné de l'unité et de l'équilibre désiré.

Tatossian insiste sur l'accentuation du *corps objet* et les altérations du *corps sujet*. Si nous admettons la perte de l'équilibre comme le fil conduisant au vécu hyperphagique, nous pouvons déceler chez Tatossian, bien qu'il n'aborde pas ce sujet directement, l'indication d'un chemin qui nous conduit vers la reconnaissance d'une accentuation de plus en plus problématique du *corps objet* tandis que se manifeste l'altération du mode de vivre le *corps sujet*. Autrement dit, plus l'accent est mis sur le *corps objet*, plus le mode de vivre le *corps sujet* est bouleversé par cette accentuation. Ce déséquilibre, très souvent observé, trouve ses origines dans un mode de voir le corps de plus en plus centré sur *le corps objet*, ce qui laisse de côté la dimension sensible du corps. Ce n'est pas par hasard que la littérature phénoménologique contemporaine relative aux troubles alimentaires met l'accent sur la pertinence de l'expérience corporelle chez les patients et sur la perturbation profonde du mode d'éprouver leur corps propre[1024]. Cette considération, malgré sa pertinence, reste assez générale par rapport aux troubles alimentaires et ne répond guère à notre question sur l'expérience spécifique du corps dans l'hyperphagie.

Comme nous l'avons proposé auparavant, le mode d'être hyperphagique est assimilable à une sorte de « court-circuit » de l'équilibre entre *corps sujet* et *corps objet.* Cela veut dire qu'ici il ne s'agit pas seulement d'un déséquilibre en faveur d'un côté ou de l'autre, mais d'une désorganisation liée à la disproportion entre ces deux dimensions que sont le *corps objet* et le *corps sujet*. Cela va au-delà d'un déséquilibre et se présente sous la forme d'une dissonance. Dans l'expérience hyperphagique, il y a à la fois une incapacité à ressentir, à éprouver les expériences corporelles du fait de l'éloignement du *corps sujet* et une perte de contact avec les autres et avec soi-même étant donné que le sujet, plongé dans l'acte alimentaire, perd, d'une certaine façon, le *corps objet* en tant qu'intermédiaire. Il est perdu dans cette dynamique et cherche ce dont il a le plus envie pour l'instant : manger. À ce moment-là, il n'y a pas encore de sentiment de culpabilité car ce qui permet le contact, le *corps objet*, n'est pas pour l'instant en scène dans sa fonction qui est de permettre l'intersubjectivité. Son « retour » est

[1023] Cf. *Ibid*., p. 95
[1024] Voir le chapitre 6 sur l'état de l'art.

bouleversante pour le sujet et se manifeste sous la forme du sentiment de culpabilité et entraîne aussi parfois des sensations corporelles désagréables, ressenties après l'action comme, par exemple, la sensation d'être gavé après l'ingestion d'une très grande quantité de nourriture. Le corps concerné ici est bien plus qu'un outil dans l'acte alimentaire, il est à la fois sujet et objet de cet acte indispensable et pluriquotidien.

La présence de l'obésité peut avoir aussi des implications considérables capables de modifier le mode de compréhension. Ce changement est en relation surtout avec le mode de voir ce corps et d'être vu dans ce corps. Le *corps objet* devient un *corps obèse* avec tout le poids (social, esthétique, anthropologique, physique, etc.) que cela peut comporter même s'il y a plusieurs significations dans le mode d'avoir et d'être ce corps, liées d'ailleurs aux questions culturelles. Malgré la grande incidence de l'obésité dans la société, le mode de voir le corps obèse comme hors norme affecte souvent le mode dont les sujets se voient et s'allie au fait que le sujet *ne peut pas ne pas manger* et se culpabilise à la fois par ses actes et par sa condition corporelle. La prise en charge de ces patients doit passer forcément par un processus de « réappropriation » de leur corps visant la diminution de l'écart entre le *corps sujet* et le *corps objet.* Il faut aussi attirer l'attention sur la dangerosité de nombreuses interventions chirurgicales dont le but est de réduire l'ingestion alimentaire au moyen d'une coupe stomacale ou par l'installation de mécanismes de contrôle qui ne sont pas inoffensifs. Il s'agit d'interventions efficaces et importantes pour combattre surtout les obésités morbides. Ces thérapeutiques ont malheureusement beaucoup de succès ; il y a une massification basée sur la promesse d'un changement de morphologie très rapide mais il faut savoir qu'elles peuvent produire ou accentuer d'autres problématiques, comme par exemple lorsqu'elles sont utilisées chez des patients vivant une expérience hyperphagique. En termes d'expérience vécue, il y a en effet un grand écart entre *ne pas pouvoir ne pas manger*, marque du vécu hyperphagique et de sa perte de contrôle, et *ne pas pouvoir manger* en fonction d'une intervention qui introduit dans le corps un mode de contrôle inhabituel. La question n'est pas seulement la forme corporelle et ses implications au niveau de la santé, il ne faut pas oublier qu'il y a un mode de vivre le corps qui constitue l'expérience hyperphagique et qui doit être pris en considération. Ce type d'intervention, au lieu de contribuer au traitement de l'obésité, peut être aussi un mécanisme d'objectification (traiter comme objet) qui contribue à la perte de l'unité, de l'équilibre entre être et avoir un corps. On retrouve l'importance de maintenir tout le processus qui assure l'équilibre et c'est dans cette optique qu'il faut instaurer, après la chirurgie, un suivi psychologique, voire psychiatrique, qui puisse mettre en action, petit à petit, le corps dans toute son amplitude et sa dynamique.

L'altération de l'espace vécu, dont l'expression clinique n'est pas toujours évidente, n'est pas un sujet très exploré par Tatossian. Il faut prendre en considération son caractère indissociable du corps, espace vécu et corps constituant une unité qui signale notre mondanité. Des altérations de l'un de ces facteurs rendent possible l'expérience pathologique[1025]. En tant que sujets incarnés, être dans l'espace est une dimension constitutive fondamentale de notre être-au-monde[1026]. Suivant une influence heideggérienne, Tatossian envisage un espace qui est vécu dans le monde par le sujet et à partir duquel il cherche à comprendre le mouvement de l'existence. Ainsi, l'espace humain « n'est pas une sorte de contenant préexistant à l'homme où il a à s'introduire secondairement, mais bien plutôt une production permanente de celui-ci – spatialisation plutôt qu'espace »[1027] puisqu'il est possibilité d'expansion et d'ouverture de possibilités.

Dans le cas de l'expérience hyperphagique dans l'obésité, nous pouvons dire qu'il y a une restriction spatiale qui peut se manifester de deux façons différentes. La première consiste dans une action tournée exclusivement vers l'acte alimentaire, l'acte de manger étant la seule possibilité pour répondre à une envie soudaine et impérative destinée, par exemple, à remplir une expérience corporelle vécue comme un vide. Le sujet, pendant les épisodes d'hyperphagie, est poussé vers la nourriture, – le seul horizon qu'il entrevoit –, ce qui correspond à une vraie restriction des possibilités et aussi à une perte de liberté. La nourriture peut être envisagée par exemple comme une voie pour remplir un espace vide, présent dans le corps ; cependant, la nourriture ne suffit pas pour le remplir car il s'agit d'un espace « large » et plein de sens lesquels dépassent ce que la nourriture peut combler. La deuxième façon, plus rattachée à l'obésité, est caractérisée par une restriction spatiale liée à des éléments comme la fatigue, les problèmes articulaires et de santé en général qui peuvent être présents. Le *corps objet*, dans sa concrétude, impose une expérience restrictive et parfois réductrice aussi de la liberté qui atteint notamment le *corps sujet*, surtout lorsqu'il y a un vrai déséquilibre. Avec le souci de ne pas trop généraliser, il faut reconnaître que la condition corporelle peut imposer des restrictions et bouleverser le mode d'éprouver son propre corps. L'altération du corps vécu dans les troubles alimentaires conduit à une espèce de *métamorphose spatiale*[1028]. Dans ce sens, on rencontre beaucoup de

[1025] L. Bloc, V. Moreira, « As condições de possibilidade do vivido depressivo e a experiência da depressividade », in *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada*, *op. cit.*, p. 272.
[1026] P. Fontaine, « Psychopathologie de l'espace vécu. Contributions à une analyse phénoménologique des altérations perceptives de l'espace », in *Symboliques et dynamiques de l'espace*, org. par J. Dokic, P. Drieux, R. Lefebvre. Rouen : Publications de l'Université de Rouen, 2003.
[1027] Cf. A. Tatossian, « Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique », 1983, in *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, p. 104.
[1028] G. Castellini, F. Trisolini, V. Ricca, « Psychopathology of eating disorders », *op. cit.*, p. 466.

patients en pratique clinique, et pas seulement ceux présentant des épisodes d'hyperphagie dans l'obésité, qui rapportent une difficulté par exemple dans l'évaluation de l'espace qu'ils occupent, leur doute sur le choix des vêtements qu'ils portent ou même la crainte de ne pouvoir traverser certains espaces comme une porte ou les tourniquets de métro ou de magasin. Pour eux, dans leur vécu, l'espace devient de plus en plus petit face aux modifications de leur corps , toujours en changement et toujours soumis au regard d'eux-mêmes et des autres.

Le dernier point, parmi les conditions de possibilité du vécu évoquées par Tatossian, est celui de la relation avec les autres. En partant du caractère intersubjectif de l'expérience psychopathologique, cet auteur cherche à comprendre les modes de relation qui sont constituants du vécu. Lors d'une expérience de vide dans le jeu spatial et temporel des patients hyperphagiques, comme nous l'avons évoqué, interviennent aussi les relations avec les autres, avec le monde ; le vide est aussi « relationnel » en tant qu'écho de l'ancrage mondain et intersubjectif de l'humain. De plus, l'acte de manger et la relation avec la nourriture évoquent toujours une dimension anthropologique. Des éléments comme les contraintes de la vie et les habitudes acquises tout au long de celle-ci poussent le patient hyperphagique vers la nourriture et en même temps, et surtout, l'empêchent de sortir de sa relation avec la nourriture, ce qui nous fait penser au vide à remplir dont nous avons parlé ci-dessus. Le sens anthropologique peut être saisi aussi par rapport à la commensalité. Pour autant que manger peut signifier souvent *manger ensemble*, dans un partage à plusieurs niveaux, la relation à la nourriture tend à avoir un sens affectif particulier. Ainsi, on pourrait dire que l'expérience hyperphagique s'instaure sous la dynamique de cet affect, lequel s'édifie dans les relations et dans les modes de présence des actes alimentaires. Évidemment, l'espace de la famille, dans ses multiples configurations, a un rôle déterminant.

Dès l'enfance, les actes alimentaires ont le pouvoir de structurer les relations avec les autres. Pour les patients hyperphagiques, la constitution de ces relations peut, parfois, être une source de difficultés. La transmission et l'éducation autour de l'acte de manger sont très importants et doivent être étudiés. Nous avons évoqué la fonction structurante de la nourriture au niveau temporel mais cette fonction structurante de la nourriture apparaît aussi par le lien qu'elle établit entre le patient hyperphagique et son entourage. Il faut se poser la question du rôle de la nourriture dans l'équilibre psychologique de la famille, du couple et surtout de celui qui se trouve perdu dans un rapport qui est devenu, pourrait-on dire, d'une certaine façon, aveugle et automatique.

Pour terminer, il nous paraît indispensable d'évoquer la question du regard des autres sur le corps modifié par les troubles alimentaires. Les patients souffrant de ce type de troubles

se définissent souvent à partir de ce regard[1029] qui réifie leur corps et les réduisent à leur apparence externe ; cela tend à bouleverser leurs modes de relation avec eux-mêmes, avec les autres et avec la nourriture. La référence devient le *corps objet* : « cela signifie que l'autre devient le miroir dans lequel on peut se percevoir »[1030]. Le corps est vécu comme un objet regardé, jugé par les autres. Dans une certaine mesure, nous sommes tous atteints, plus ou moins, par le regard des autres. Cependant, lors des troubles alimentaires il y a une exacerbation des conséquences propres à ce regard des autres sur le vécu du sujet et, en particulier, il est pris comme référence quant au regard sur soi-même. En clinique, on observe souvent que l'hyperphagie et l'obésité s'accompagnent d'une souffrance des patients du fait du regard des autres et de tout ce que l'imaginaire peut créer. La honte par rapport au corps et aux actes alimentaires, pierre angulaire de l'obésité[1031], observée lors de l'expérience hyperphagique est un exemple de cet affect, souvent présent, qui agit sur les modes de relations établies avec le monde et soi-même et leurs implications dans le vécu du sujet.

Les conditions de possibilité du vécu hyperphagique dans l'obésité, évoquées ici et inspirées par les travaux de Tatossian, sont une direction possible capable d'élucider cette expérience psychopathologique pleine de nuances dans l'entrecroisement de ces deux phénomènes. Il faudrait avoir le temps d'approfondir chacune d'elles car elles ouvrent un large horizon dans leurs acceptions particulières. Notre intention ici n'est pas d'épuiser les considérations sur le vécu hyperphagique dans l'obésité mais, plus modestement, d'essayer de le comprendre à partir de ses conditions de possibilité. Il faut à nouveau insister sur l'importance que Tatossian reconnaît au contact avec l'expérience. Il propose un modèle clinique qui décrit et essaie de formuler un discours sur l'expérience sans trahir la rencontre avec les patients qui doit être respectée dans ses moindres détails. Autrement dit, il travaille dans une ouverture au vécu capable de nous conduire à la nécessité de reprendre ce discours. La clinique est dans ce sens prépondérante face à la théorie. Toutes deux (théorie et pratique), dans leur mutuelle constitution et collaboration, permettent, ou rendent plus « facile », le contact avec le patient et suppriment la barrière souvent insérée entre le « savoir » et le « vécu ». C'est dans cette optique que nous allons aborder la suite de ce travail qui sera la quatrième et dernière partie de notre thèse. Notre but est, en restant fidèle à l'approche préconisée par Tatossian, d'aller le plus près possible de l'expérience vécue des patients.

[1029] *Ibid*., p. 465.
[1030] *Ibidem*.
[1031] B. Karcher, « Le cycle de la honte dans l'obésité », L'*Encéphale*, 2016, vol. 42, n° 6, p. 590.

Chapitre 6 – L'état de l'art actuel : phénoménologie, troubles alimentaires et obésité

Après avoir exploré et esquissé une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité à travers les contributions d'auteurs comme Binswanger et Tatossian, nous arrivons ici au moment où nous nous proposons d'analyser, selon une approche phénoménologique, des articles récents relatifs aux troubles alimentaires et à l'obésité, le but étant d'identifier et de discuter de façon critique la production scientifique actuelle autour de ces thématiques. En cherchant à mieux cerner ce qu'est une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité, nous considérons indispensable l'exposition de cet état de l'art actuel. Ainsi, nous exposerons ici les articles produits entre 2007 et 2017 qui étudient les troubles alimentaires et/ou l'obésité sous une perspective phénoménologique. Pour la recherche, nous avons eu recours initialement à trois bases de données : *Science Direct, Google Scholar* et *Ebsco Host.* Les mots-clés *phénoménologie*, *troubles alimentaires*, *hyperphagie* et *obésité* ont été choisis de même que leur traduction respective en anglais, portugais et espagnol. Le mot phénoménologie a été toujours utilisé associé à une des autres mots indiquant la direction de la recherche. Nous avons décidé de faire une recherche bibliographique plus large pouvant inclure, du point de vue phénoménologique, n'importe quel trouble alimentaire et pas seulement l'hyperphagie, et l'obésité. Ce choix se justifie par le fait que ce sujet n'est ni un sujet récurrent ni, dans notre conception, suffisamment exploré. Notre intention est d'exposer quelques directions de recherche déjà explorées et de signaler les points de convergence entre les articles consultés. Notre critère majeur est l'inclusion dans notre travail des articles proposant une approche phénoménologique des troubles alimentaires et de l'obésité.

Compte tenu de la spécificité du sujet en question, il est aisé de comprendre que quelques difficultés sont apparues quant aux résultats. Le premier écueil est en rapport avec la quantité d'articles gérés suite à la recherche avec les mots-clés, surtout avec les mots-clés en anglais. Dans les bases comme *Ebsco Host*, plus de 800 articles ont été listés en fonction des mots choisis ; cela donne la fausse impression d'une large production sur notre sujet, ce qui n'est pas la réalité. Évidemment, une approche plus qualitative est indispensable ainsi que la reconnaissance de certaines ambiguïtés qu'il faut éliminer. Le mot « phénoménologie », par exemple, a plusieurs sens. Dans quelques articles, surtout en psychiatrie, il est utilisé par exemple comme une simple description des symptômes d'une psychopathologie. Dans d'autres articles ce terme désigne une méthode de recherche visant l'expérience vécue des patients, mais sans proposer une approche phénoménologique véritable des phénomènes, ce qui nous a conduit à n'en pas tenir compte ; la plupart des articles suivant cette direction méthodologique

ont été écartés après la lecture des résumés correspondants. En définitive, nous n'avons identifié que seize articles qui répondaient aux critères que nous avons définis. Ils seront analysés et discutés par la suite. Nous commencerons l'analyse par ceux qui abordent la problématique des troubles alimentaires de façon générale, c'est-à-dire sans aborder telle ou telle psychopathologie.

Dans un article publié en 2010, Brogna et Caroppo[1032] se proposent de comprendre l'expérience subjective (*Erlebnis*) des individus présentant un trouble alimentaire en mettant l'accent sur les modes de perception de leur corps propre et de ce corps en présence d'une autre personne. Ils utilisent deux concepts décrits par Jean-Paul Sartre comme base de leur analyse : le « corps-pour-soi » et le « corps-pour-autrui ». Leur hypothèse de travail est que les personnes qui souffrent d'un trouble alimentaire, surtout lorsqu'il s'agit d'un trouble alimentaire non spécifié, éprouvent leur corps propre principalement en tant que « corps-pour-autrui »[1033]. Cette étude est basée sur l'analyse des récits et/ou réponses de 37 femmes, présentant un trouble alimentaire et rencontrées au cours de traitements psychothérapeutiques individuels ou en groupe, ainsi que sur le contenu de leurs écrits. Pour l'exposé et l'analyse des résultats, les auteurs utilisent le « corps-pour-soi » et le « corps-pour-autrui » comme organisateurs de sens. Pour le « corps-pour-soi », ils identifient trois expériences : la non syntonisation de la conscience de soi, la perception fragmentée de leur corps et le fait que celui-ci leur paraît quelque chose ne leur appartenant pas, qui leur est étranger. Pour le « corps-pour-autrui », ils observent deux modes d'expérience : une expérience instrumentale d'intercorporéité et l'expérience intersubjective d'être visé (le regard de l'autre pour le corps-sujet en tant que corps-objet)[1034]. Les auteurs constatent que le corps devient le simulacre de l'identité des sujets, le miroir de soi-même dans une expérience d'objectivation souvent bouleversée par l'échec de la syntonisation sociale[1035]. Ils concluent que les troubles alimentaires peuvent être caractérisés par le défaut d'exécution de la corporéité qui se produit à travers la dialectique corps/corps-pour-autrui et par le refus de la réalité corporelle.

Dans l'article « Identity and Eating Disorders (IDEA) : A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorders Patients »[1036], publié en 2012, les chercheurs se

[1032] P. Brogna, E. Caroppo, « The body as a simulacrum of identity : the subjective experience in the eating disorders », *Ann Ist Super Sanità*, 2010, vol. 46, n° 4, p. 427-435.
[1033] *Ibid.*, p. 428.
[1034] *Ibid.*, p. 430.
[1035] *Ibid.*, p. 432.
[1036] G. Stanghellini, G. Castellini, P. Brogna, C. Faravelli, V. Ricca, « Identity and Eating Disorders (IDEA) : A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorders Patients », *Psychopathology*, vol. 45, p. 147-158.

proposent de tester l'hypothèse selon laquelle les personnes qui vivent un trouble alimentaire sont affectées par les perturbations de la manière dont elles éprouvent leur corps propre, leur incarnation. Les anomalies du comportement alimentaire seraient alors une conséquence de la manière dont ils façonnent leur identité personnelle. Les auteurs reconnaissent aussi l'excessive préoccupation des patients quant à leur propre apparence et utilisent l'analyse de la corporéité vécue, proposée par Sartre, notamment en mettant l'accent sur le rôle du « corps-pour-autrui » dans les troubles alimentaires. Ainsi, ils identifient les troubles alimentaires en tant que troubles spécifiques de la « corporéité vécue » et, plus précisément, de la prédominance de la dimension de l'incarnation qui est celle du « corps-pour-autrui »[1037]. Le questionnaire développé est le résultat de l'intégration d'une approche phénoménologique du corps vécu et des modèles cliniques, surtout du modèle cognitif-comportemental. Ce questionnaire est composé de 23 propositions auxquelles doivent répondre chaque patient, en les classant de 0 à 5, en fonction du niveau de conformité par rapport à leurs expériences vécues.

Cet article est construit à partir du développement et de la validation du questionnaire IDEA et des résultats obtenus en l'appliquant à 147 patients souffrant d'un trouble alimentaire et à 187 personnes indemnes de ce trouble, utilisées comme échantillon de contrôle. L'analyse des réponses fait apparaître quatre sous-groupes parmi les patients, correspondant respectivement à se sentir soi-même à travers le regard et l'évaluation des autres, se sentir soi-même à travers des mesures objectives, se sentir étranger à son corps et enfin se sentir soi-même à travers la privation. Les auteurs considèrent l'IDEA comme un outil spécifique permettant d' identifier quelques manifestations particulières chez les patients et, à partir des résultats, concluent qu'il y a une expérience du corps propre comme objet regardé qui se détache par rapport à une perspective cinesthésique ou, pour le dire autrement, à la première personne[1038]. Ainsi, l'IDEA explore des attitudes anormales vis-à-vis de la propre corporéité des patients et met en évidence les difficultés rencontrées dans la définition de l'identité chez eux.

Pour compléter la discussion relative au questionnaire IDEA, nous avons étudié un autre article[1039], publié par la plupart des mêmes auteurs, dans lequel ils font état des résultats obtenus en utilisant ce questionnaire comme un outil afin d' identifier les caractéristiques des sujets les plus vulnérables vis à vis d'un trouble alimentaire. Basé sur une discussion initiale

[1037] *Ibid.*, p. 148.
[1038] *Ibid.*, p. 155.
[1039] G. Stanghellini, F. Trisolini, G. Castellini, A. Ambrosini, C. Faravelli, V. Ricca, « Is Feeling Extraneous from One's Own Body a Core Vulnerability Feature in Eating Disorders », *Psychopathology,* 2015, *vol. 48*, p. 18-24.

phénoménologique, relative surtout au corps, cet article rapporte les résultats de l'application de l'IDEA à 253 étudiants inscrits à l'Université. En comparant les résultats obtenus à ceux d'un groupe de patients présentant un trouble alimentaire, les auteurs considèrent que l'étrangeté de son propre corps est l'une des caractéristiques trouvées chez la plupart des sujets ayant ou n'ayant pas de manifestations cliniques mais chez les sujets qui développent des troubles de l'alimentation cliniquement visibles, cette étrangeté par rapport à leur corps est plus manifeste que chez ceux indemnes de ces troubles.

Ces considérations se rapprochent des travaux de Castellini, Trisolini et Ricca[1040] qui développent une psychopathologie des troubles alimentaires sous une perspective phénoménologique. Comme les auteurs de l'article exposé ci-dessus, ils reconnaissent les troubles alimentaires comme le résultat d'une perturbation profonde du mode dont les patients ressentent leur corps propre (incarnation) et façonnent leur identité personnelle. Dans un parcours plus descriptif et trans-diagnostic, ils mettent l'accent sur la perception subjective du corps, de l'espace et du temps et aussi sur l'identité et sur la relation avec les autres chez les patients qui vivent un trouble alimentaire. En discutant le corps, ces auteurs interrogent la littérature phénoménologique et mettent en discussion les concepts de schéma corporel, d'image du corps et de corps vécu, aussi bien que la distinction entre corps-sujet et corps-objet. En ce qui concerne les troubles alimentaires, ils considèrent qu'il y a une perturbation chez le sujet du mode d'éprouver son corps propre ; le corps n'est plus « l'expérience essentielle d'être-au-monde, mais le monde devient le terrain pour jouer pour définir leur propre identité »[1041], le moyen pour entrer en contact avec leurs propres émotions.

Quant à l'identité, ils considèrent que le maintien des troubles alimentaires est basé sur un système d'évaluation dysfonctionnel de l'estime de soi lié aux habitudes alimentaires, à la forme et au poids corporel, aussi bien qu'à la capacité de les contrôler. Tout cela est présenté comme lié à la perturbation de l'expérience de corps propre qui bouleverse l'identité. Ils prennent comme référence les données obtenues à partir de l'IDEA[1042]. Sur la relation avec les autres, les auteurs détachent la tendance des patients présentant un trouble alimentaire de se définir par le regard des autres dans une prédominance du « corps-pour-autrui ». Faisant référence à Sartre, ils positionnent l'autre comme une sorte de miroir à partir duquel il serait possible de se percevoir. Le corps est perçu en premier et avant tout en tant qu'un objet regardé

[1040] G. Castellini, F. Trisolini, V. Ricca, « Psychopathology of eating disorders », *Journal of Psychopathology,* 2014, vol. 20, p. 461-470.
[1041] Cf. *Ibid.* p. 463.
[1042] *Ibid.*, p. 464.

par l'autre. L'autre devient celui qui confirme l'existence, l'être-au-monde[1043]. En évoquant l'espace, les auteurs indiquent une « métamorphose spatiale » pour autant que les changements liés au schéma corporel affectent le mode dont les sujets perçoivent leur corps propre. L'espace apparaît de plus en plus petit et est vécu comme trop étroit pour contenir le corps[1044]. Sur le temps, ils signalent, d'une part, l'altération de la continuité temporelle de la représentation du corps et, d'autre part, le sentiment d'un changement continu du corps. Le temps est réduit à sa fonction de contrôle et, dans ce cas, du contrôle du poids et de l'alimentation. Il faut ajouter que leur compréhension de toutes les caractéristiques cliniques des troubles alimentaires a pour base une expérience subjective de perte de contrôle[1045]. En conclusion, les auteurs considèrent les troubles alimentaires comme un épiphénomène d'un trouble plus profond qui serait celui de la corporéité vécue et de l'identité personnelle.

Dans l'article « From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders », M. Gaete et T. Fuchs font d'abord une analyse critique du concept d'image du corps et de son usage en ce qui concerne les troubles alimentaires. En reconnaissant quelques équivoques, surtout par rapport à la distinction entre image du corps et schéma corporel chez Merleau-Ponty et l'usage assez superficiel du concept d'image du corps, les auteurs proposent le concept d'*expérience corporelle émotionnelle.* Ils comprennent que les émotions sont éprouvées à travers la résonance du corps [1046] avec deux composants : 1) centripète ou « affective » qui signifie être affecté, déplacé ou touché par un événement ; 2) centrifuge ou « émotif » qui implique une préparation à l'action corporelle avec des tendances de mouvement spécifiques. Tout cela conduirait à une interaction circulaire. Ainsi, les auteurs proposent-ils le concept d'*expérience corporelle émotionnelle* en tant qu'un « phénomène multidimensionnel et dynamique qui comprend des aspects émotifs et affectifs de la résonance corporelle avec des dimensions implicites, explicites, narratives et fonctionnelles »[1047]. Après avoir décrit chacune de ces dimensions ils adoptent ce concept comme voie pour comprendre les troubles alimentaires. Tout comme Stanghellini *et. al.*, ils estiment que les troubles alimentaires sont dus essentiellement à une perturbation de l'incarnation, qui est assimilée par les patients à une perturbation de l'*expérience corporelle* émotionnelle dans laquelle il y a une objectivation de leur corps. Néanmoins, en ce qui concerne ce deuxième aspect ils estiment que cette

[1043] *Ibid.*, p. 465.
[1044] *Ibid.*, p. 466.
[1045] *Ibid.*, p. 467.
[1046] M. Gaete, T. Fuchs, « From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders », *Journal of Phenomenological Psychology,* vol. 47, p. 26.
[1047] Cf. *Ibid.*, p. 26.

objectification du corps par les patients correspond à un « mécanisme de défense contre les émotions »[1048] en permettant le remplacement de la manifestation de leur *expérience corporelle émotionnelle* par l'expérience corporelle autour de leur poids, de l'importance de leur tour de taille et de leur forme corporelle qui deviendrait plus importante. Ils pensent que ce mécanisme de défense apparaît très tôt chez les patients, dès le début de l'acquisition des habitudes corporelles, ce qui se traduit par une rigidité qui expose leurs corps à une *« tyrannie du self sur le corps* et implique la perturbation de l'*expérience corporelle émotionnelle* »[1049]. Dans ce sens, « trop » d'émotions peut devenir « trop » de nourriture ou « trop » d'expérience d'un corps lourd ou corpulent, une stratégie d'objectification pour essayer de préserver l'estime de soi déjà altérée et compléter le cercle selon une organisation de soi vulnérable[1050]. Une critique est présentée dans cet article, et elle nous semble assez pertinente, dénonçant un isomorphisme entre la théorie et la pratique qui conduit à une reproduction de la même objectivation du corps à travers, par exemple, des stratégies thérapeutiques qui tendent à surévaluer le corps comme objet et insistent trop sur la cognition, la perception et le comportement. D'après les auteurs, l'aide psychothérapeutique mise en œuvre doit suivre le changement de la nature des émotions et avoir pour but la récupération de la position de sujet, parfois perdue, par le corps propre.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de trouver plusieurs articles relatifs à l'anorexie, ce qui n'est pas étonnant puisque cette pathologie est historiquement très étudiée depuis longtemps et mise en question dans toute la littérature sur les troubles alimentaires. En outre, elle touche l'expérience corporelle, sujet très présent dans les recherches phénoménologiques. Malgré cela, même si le corps n'est pas méprisé, le premier article que nous aborderons ici traite l'anorexie sous le biais de la spatialité. Dans un article ,inspiré des travaux de Merleau-Ponty et publié en 2007, Kirsten Jacobson soutient l'hypothèse selon laquelle la communication humaine serait de nature spatiale. Par conséquent, l'expérience que nous avons de nous-mêmes et de l'espace seraient inséparables de l'expérience des autres. Ceci est l'axe permettant de comprendre l'anorexie, non comme un trouble alimentaire ou de l'image corporelle, mais comme « un problème de la manière générale d'être-dans-le-monde, un problème qui est ancré dans un système malade de communication interpersonnelle »[1051]. D'après Jacobson, le rejet de la consommation est bien au cœur de l'expérience anorexique,

[1048] Cf. *Ibid.*, p. 30.
[1049] Cf. *Ibid.*, p. 31.
[1050] Cf. *Ibid.*, p. 33.
[1051] Cf. K. Jacobson. « The interpersonal expression of human spatiality ». A phenomenological interpretation of anorexia nervosa ». *Chiasmi Int*, 2007, vol. 8, p. 161.

mais il signifie un rejet beaucoup plus large, c'est-à-dire « un geste de rejet et de retrait des engagements interpersonnels qui donnent un véritable monde »[1052], le rejet d'être avec les autres. L'anorexie fait partie alors d'un système dans lequel la famille est souvent au centre. Cette conception implique l'élargissement du réseau de ceux qui sont concernés, en particulier, pour adapter le traitement. L'expression spatiale de l'anorexie et le trouble de la communication éprouvé par le patient amènent à la considérer comme une expérience intersubjective exprimée et partagée.

Dans un article publié en 2012, Hannah Bowden fait un compte rendu de l'expérience subjective du corps dans l'anorexie et montre la différence par rapport à cette même expérience réalisée par des sujets ne présentant pas de pathologie du corps. La phénoménologie est ici utilisée comme un outil en psychopathologie, selon les travaux de Merleau-Ponty et de Sartre, le but étant de clarifier cette expérience et de mieux comprendre les résultats constatés. L'auteure explore l'apparente contradiction rapportée par les patients qui disent percevoir leurs corps comme « gros » tout en affirmant fréquemment qu'ils ont conscience d'être « trop minces »[1053] et propose l'hypothèse que le sentiment d'être « grosse » est dû à une expérience pathologique de l'objectivation du corps.

Ne s'arrêtant pas à l'aspect positif ou négatif du corps dans l'expérience anorexique, Bowden estime qu'il y a un changement quant au *mode* dont le corps est ressenti par les patients anorexiques et fait une comparaison avec l'expérience de la honte. Le corps serait ressenti en tant qu'objet et le sujet deviendrait hyper-conscient de son corps. Il y a alors une expérience, que l'auteure nomme « corporalisation du corps »[1054], qui implique une perte de l'identification du patient avec son corps, en relation avec le sentiment que ce corps est volumineux et maladroit, ce qui bloque les possibilités. D'après Bowden, la description, lors de l'expérience du corps comme « gros » est, d'une certaine façon, préparée culturellement, c'est-à-dire qu'elle fait appel à une terminologie qui lui a été présentée antérieurement. Il y a bien une altération du mode d'éprouver son corps par le patient, mais cela change aussi son mode d'éprouver le monde[1055]. Bowden insiste sur le fait qu'il faut prendre en considération l'expérience paradoxale de se sentir « gros » et à la fois « mince », cela étant possible du fait de l'altération du mode d'éprouver le corps et parce que celui-ci est surtout considéré, en excès, comme objet visé.

[1052] Cf. *Ibid*., p. 163.
[1053] H. Bowden, « A Phenomenological Study of Anorexia Nervosa », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 19, n° 3, p. 228.
[1054] *Ibid*., p. 233.
[1055] *Ibid*., p. 238.

Otto Dörr Zegers, important psychiatre phénoménologue chilien, a publié une conférence intitulée « La anorexia nerviosa y la post modernidad ». Dans cet article, il établit une relation entre l'anorexie et la postmodernité à partir de trois caractéristiques de notre époque : la suprématie de la technique, l'obscénité et enfin la perte du sens religieux de l'existence. Lié à la première caractéristique, il reconnaît une prédominance de l'image sur la réalité qui marquerait l'anorexique. Le corps devient une « chose » séparée de soi-même en acquérant la dimension d'un objet, d'un ustensile pour regarder. La patiente anorexique souffre de l'aliénation de son propre corps, souvent ressenti comme inapproprié et cible du regard de l'autre[1056]. Pour l'anorexique ce « corps ennemi » doit être entièrement contrôlé et pour y arriver la patiente essaie de bâtir un corps sans volume, virtuel dans le sens qu'il n'occupe pas d'espace et ne ressent rien. En contrôlant son corps, ses actes alimentaires et avec une excessive préoccupation de son apparence, elle croit pouvoir être assez puissante pour contrôler tout le reste.

L'obscénité[1057], deuxième caractéristique des temps modernes identifiée par l'auteur, correspond au fait « d'être en scène » en permanence, à la prédominance de l'apparence dans un monde où l'image tient une place excessive et au progressif affaiblissement de la séparation entre l'espace public et l'espace privé. L'anorexique est incapable de délimiter son intimité par rapport à l'espace public car elle la perçoit comme appartenant aux autres. Prise au piège de l'espace extérieur, elle vit son corps comme un objet exposé[1058]. La dernière caractéristique, la perte du sens religieux de l'existence, se conçoit chez les anorexiques comme la vie en pure immanence, c'est-à-dire dans l'immédiateté de la prison qu'est le corps objet et dans la tentative de faire disparaître celui-ci ; elles essaient de le contrôler à travers les aliments – ce qu'elles aiment et détestent à la fois. Ceci est associé aussi à une indifférence vis à vis des autres et parfois vis à vis de la mort du fait de l'absence de transcendance. Il convient de remarquer que l'auteur, dans ce texte, fait une comparaison entre l'expérience anorexique et les états limites, ce qui peut expliquer les dernières incidences exposées.

Quatre articles sur l'anorexie, publiés par Dorothée Legrand entre 2010 et 2016, nous ont particulièrement intéressés. Même si la phénoménologie n'est pas la seule approche utilisée par l'auteure, ses réflexions sont en accord avec cette perspective et contribuent à la discussion sur les troubles alimentaires et l'anorexie. Publié en 2010, l'article « Subjective and physical

[1056] O. Dörr Zegers, « La anorexia nerviosa y la post modernidade », *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea,* vol. 5, n° 2, p. 188.
[1057] Le mot n'est pas utilisé ici dans le sens de vulgarité sexuelle.
[1058] Cf. *Ibid.*, p. 190.

dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa » explore la multidimensionnalité de la conscience de soi en mettant l'accent sur la conscience de soi corporelle dans sa dimension physique et subjective. Cette direction est le guide pour élucider l'anorexie qui est caractérisée par « une tension potentiellement mortelle entre les dimensions subjectives et physiques de la conscience de soi corporelle »[1059]. L'auteure montre la contribution de la phénoménologie lors de la discussion quant au mode selon lequel les patientes éprouvent leurs corps ici et maintenant et sa potentialité tant théorique que clinique. Pour Legrand, il y a un processus d'objectification qui réduit le sujet corporel à sa dimension physique. Autrement dit, l'objectification tend à diminuer les caractéristiques représentatives de la subjectivité comme l'autonomie, les sentiments et la vie mentale[1060] et même parfois à les supprimer.

L'objectification de soi chez les anorexiques se fait à partir du regard des autres car il y a un manque de différenciation entre soi et les autres. Tout se passe comme si le sujet ne connaissait son corps qu'à partir de l'interprétation d'un autre, ce qui a pour conséquence de réduire au silence les dimensions subjectives du corps[1061]. Cela veut dire aussi que le sujet anorexique utilise son corps comme médiateur par rapport aux autres et les autres comme médiateurs par rapport à son corps. L'auteure utilise les écrits de Sartre pour thématiser le « corps-pour-autrui » et situer l'impact, voire l'esclavage, qu'engendre le regard des autres chez l'anorexique face à un corps, son corps, qui ne peut pas être aliéné. Il y a une défaillance à la fois dans le refus de la subjectivité des autres et dans la reconnaissance de la force physique de son propre corps, qui conduit l'anorexique en même temps vers la fascination par le « corps-pour-autrui » comme le seul mode de constitution de soi et vers un dégoût pour ce mode d'être[1062] qui ne lui paraît pas satisfaisant.

Le deuxième article de D. Legrand, « Objects and Others : Diverting Heidegger to Conceptualize Anorexia », est publié dans le même volume que celui de Bowden et se présente comme une critique des conclusions de ce dernier en se basant sur des arguments inspirés par les travaux de Heidegger. Legrand considère en effet que la notion de « corporalisation du corps », proposée par Bowden, n'est pas suffisante pour être reconnue comme la spécificité de l'expérience pathologique du corps chez les anorexiques et propose quelques notions

[1059] Cf. D. Legrand, « Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa », *Neuropsychologie*, 2010, vol. 48, p. 729.
[1060] *Ibid*., p. 729.
[1061] *Ibid.*, p. 732.
[1062] *Ibid*., p. 735.

heideggériennes pour conceptualiser l'expérience corporelle de ces malades. Le corps serait, d'après lui, vécu comme transparent, comme ce qui encadre et ancre les expériences subjectives dans une perspective corporelle[1063]. Dans le cas de l'anorexie, la matérialité n'est plus considérée comme caractéristique de son expérience corporelle car celle-ci est caractérisée par la désintégration de la transparence et de la matérialité, dimensions de l'expérience corporelle, qui sont généralement intégrées l'une à l'autre[1064]. Legrand critique aussi le recours exagéré à des influences sociales et culturelles tout en reconnaissant le caractère intersubjectif inéluctable dans l'expérience corporelle qui met le sujet sur la scène publique. Tout cela serait exacerbé dans l'anorexie qui se construit dans un corps hautement visible. Sa conclusion est que l'anorexie est capable d'illustrer de façon radicale le mode dans lequel le corps implique l'ouverture vers les objets et les autres dans le monde. Cet article attire particulièrement l'attention en fonction des références faites aux travaux de Heidegger, ce qui n'est pas très habituel dans les discussions sur ce sujet et sur le corps.

Dans le troisième article de Legrand, publié avec F. Briend en 2015, est abordée l'anorexie et ses relations avec l'intersubjectivité corporelle. En confrontant plusieurs approches, les auteurs défendent l'hypothèse que la faim, la nourriture, le comportement alimentaire et la forme du corps ne sont pas dissociés de la relation avec les autres. Ils proposent donc de concevoir l'anorexie comme corporellement intersubjective. Tous les changements seraient un mode d'impacter les relations avec les autres et, d'une certaine façon, d'adresser une demande intransitive. Autrement dit, les symptômes anorexiques seraient des manifestations corporelles adressées à d'autres à travers la manipulation de la nourriture et des actes alimentaires dans un désir entièrement détaché du besoin[1065]. Le sujet anorexique souffre alors à la fois de la fusion avec l'autre avec un mode parfois envahissant et lourd et de son incapacité de faire les choses sans autrui, toute absence étant vécue par lui comme invasive. Il y a une demande à laquelle il est difficile de répondre et qu'il est presque impossible de formuler, le constat étant que l'anorexique est « affamé de l'autre »[1066] bien qu'il y ait une incapacité à recevoir la réponse, ce qui peut conduire à un rejet. Les auteurs en déduisent que le contrôle alimentaire se présente comme un moyen de rompre avec les autres mangeurs. Ainsi, l'anorexie serait-elle un refuge, une protection contre les relations avec les autres. On peut

[1063] D. Legrand, « Objects and Others : Diverting Heidegger to Conceptualize Anorexia », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 2012, vol. 19, n° 3, p. 244.
[1064] *Ibidem*.
[1065] D. Legrand, F. Briend, « Anorexia and bodily intersubjectivity », *European Psychologist*, *Special Issue: Multiple Perspectives in Body Image Research*, 2015, vol. 20, n° 1, p. 53.
[1066] Cf. *Ibid.*, p. 54.

reconnaître ici une certaine orientation phénoménologique qui met au centre de la souffrance anorexique l'intersubjectivité corporelle. Pendant l'article, les auteures présentent les conceptualisations de l'anorexie à travers le DSM, le cerveau anorexique, la culture anorexique, la famille anorexique, l'attachement anorexique et la communication alimentaire jusqu'à arriver à une discussion sur les conséquences cliniques de cette expérience.

Leurs réflexions sur la dimension intersubjective de l'anorexie amènent Legrand et Taramasco à aborder la confrontation à l'altérité chez l'anorexique. En prenant comme base surtout la philosophie de Levinas, leur hypothèse est que l'anorexie implique de ne pas céder à l'altérité, à ce que le sujet n'est pas, et dont il dépend la nourriture. Il y aurait une incapacité à assumer l'altérité étant donné que l'acte de manger s'organise justement *pour* ou *contre* cette altérité. Aussi, ils défendent l'hypothèse que « la lutte contre une forme de relation à l'autre qu'elle (l'anorexique) ressent comme un assujettissement de sa subjectivité, peut prendre la forme soit d'un rejet de l'autre, soit d'un appel à l'autre »[1067]. Il s'agit du paradoxe de l'anorexie qui met le sujet dans une situation particulière caractérisée par une lutte radicale contre tout assujettissement à une altérité inassimilable et en même temps par un message aux autres auxquels il s'adresse soit en les appelant, soit en les rejetant[1068].

L'appel de l'autre se présente comme une demande de reconnaissance que l'anorexique est parfois incapable de formuler, de verbaliser. Or, en l'absence de mots, il ne reste que le corps, son corps, comme voie utilisable. L'anorexique doit manger pour l'autre, pour céder au désir de celui-ci qu'elle mange, pour combler quelque chose et non pour se nourrir au sens propre ; voilà ce qu'est souvent le mode de cet appel. Les auteures reconnaissent qu'il y a un désir de relation avec autrui exprimé plus dans l'urgence d'un contact que dans la recherche d'un lien. Sous plusieurs formes différentes, « l'anorexique se montre avide de l'autre, non pour son altérité, mais pour sa capacité à lui répondre et ainsi confirmer qu'il reconnaît le sujet qui l'appelle ainsi de sa demande, de son besoin, de son désir »[1069]. De l'autre côté, il y a le rejet de l'autre qui conduit la patiente, car le plus souvent il s'agit d'une femme, à l'isolement, à une sorte de bulle anorexique dans un rejet franc et massif : « Ne dépendre de rien, ni de personne, n'être assujettie à rien ni personne, voilà l'illusion dont se berce la patiente enfermée dans sa bulle »[1070]. Dans un radicalisme, le contrôle alimentaire se présente comme une forme de rupture avec les autres et l'anorexie comme un vrai refuge, une protection. On peut alors

[1067] D. Legrand, C. Taramasco, « Le paradoxe anorexique : quand le symptôme corporel s'adresse à l'autre », *L'Évolution Psychiatrique*, 2016, vol. 81, n° 2, p. 314.
[1068] *Ibid*., p. 315.
[1069] Cf. *Ibid*., p. 316.
[1070] Cf. *Ibidem*.

percevoir le paradoxe de l'anorexique qui complexifie ses modes de relations et cela permet de mesurer, d'une certaine façon, la difficulté de la prise en charge clinique de ce type de patient.

L'article « Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique », publié en 2015 par J. Englebert, est une étude, à partir d'un cas, des modes d'être-au-monde spécifiques du sujet anorexique à partir de ces deux approches. La subjectivité serait pour l'auteur la structure psychopathologique fondamentale de l'anorexie[1071]. Sans discuter ici le cas lui-même nous remarquons que les perspectives phénoménologiques utilisées font appel à la phénoménologie de Merleau-Ponty et à celle de Sartre. Merleau-Ponty est évoqué avec la distinction entre *Leib* et *Körper* pour signaler que le sujet anorexique est coupé d'une gamme de sensations et n'habite pas son corps de manière évidente ; la problématique anorexique se présenterait à la fois comme une incapacité de sentir le corps et l'objectification de celui-ci sous le poids du regard de l'autre. L'influence de Sartre apparaît lors de la réflexion théorico-clinique autour de l'existence corporelle et de l'expérience d'autrui[1072]. Le déséquilibre entre le corps-sujet-percevant et le corps-objet-perçu, avec une place bien plus importante pour le deuxième, est évoqué à partir des articles, cités aussi ici, de Bowden (2012) et de Stanghellini et. al. (2012, 2014), aussi bien que l'allusion fréquente chez le sujet anorexique du regard de l'autre, aspect très présent dans les textes de Sartre.

L'accent, dans cet article, est mis sur l'intersubjectivité considérée comme la problématique de l'anorexie qui intègre aussi bien l'altruisme que le processus d'intercorporéité. À partir d'un cas, Englebert expose la situation dans la quotidienneté de la patiente et met en exergue les composantes affectives de la nourriture, associées aux éléments culturels et familiaux. La patiente, qui aimait faire la cuisine pour la famille, se présente comme une sorte de garante du jeu émotionnel des traditions gastronomiques de sa famille. Elle établit une relation aux autres, pour les autres, autour d'une vraie difficulté à se positionner entre un besoin émotionnel et un besoin alimentaire ; il semble que l'alimentation fasse circuler l'émotion. L'auteur réfute l'idée d'associer l'anorexie à un refus alimentaire, puisque l'alimentaire lui paraît fondamental puisqu' il ouvre « la voie à la rencontre de l'autre »[1073]. Cet article se distingue de ceux analysés jusqu'ici par l'utilisation qui est faite d'un cas clinique comme base d'un dialogue entre la théorie et la pratique.

[1071] J. Englebert, « Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique », *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 173, p. 660.
[1072] *Ibid.*, p. 663.
[1073] Cf. *Ibidem.*

Le dernier article que l'on aborde sur l'anorexie a été publié en 2015 par Corinne Pelluchon : « Approche de l'anorexie au carrefour de la phénoménologie et du féminisme ». En abordant l'anorexie comme une manière d'être ou style[1074], l'auteure focalise son étude sur le mode d'existence de l 'anorexique dans son rapport aux autres, au corps et autour des privations alimentaires. Pour illustrer son analyse, de façon assez originale, l'auteure utilise la nouvelle de Kafka intitulée *Un artiste de la faim* dans laquelle le drame anorexique est en rapport avec l'autonomie désirée ardemment. Il s'agit d'un « sujet qui, pour exister et être reconnu, a besoin de s'imposer des privations menant jusqu'à l'extrême maigreur »[1075]. Dans le cas de l'anorexie restrictive, et en tenant compte du texte de Kafka, en consonance avec l'artiste de la faim, il y aurait un refus de l'alimentation dont l'importance est proportionnelle au désir de l'anorexique d'être sujet, d'être libre de son devenir, véritable recherche d'autonomie de sa part. Le but de l'anorexique ne serait pas d'abord ou essentiellement le désir d'être mince, mais la recherche de son autonomie lui permettant une privation alimentaire qui vise, d'une certaine façon, une satisfaction comme une forme de « sculpter sa vie »[1076].

En considérant l'anorexie comme un mode d'exister, l'auteure met en évidence le fait que l'anorexique, emporté par le mouvement obsessionnel de la maîtrise de sa vie et par la conviction de sa toute-puissance, ne veut pas voir les complications auxquelles elle est exposée et le danger de mort en résultant. La liberté initiale, vers une autonomie dans le sens décrit ci-dessus, devient vite une nécessité et, par ce biais, peut être assimilé à une addiction. L'anorexie serait alors une véritable addiction à la privation dont le patient serait dépendant et il en serait aussi fier que l'artiste de la faim ; sa vie est organisée autour de la nourriture avec une obsession, celle de la privation[1077]. Pelluchon considère l'anorexie comme une pathologie de l'emprise d'une « rébellion contre un faux moi que la personne a endossé et qui ne lui convenait pas, mais aussi la révolte contre ceux qui n'ont pas écouté ce qu'elle avait à offrir ou à dire »[1078]. Il nous faut insister sur la manière dont aborde la prise en charge des anorexiques et, partant, comment il peut parvenir à les guérir. En reconnaissant la privation alimentaire comme une façon de s'affirmer pour le sujet, l'objectif de l'accompagnement sera de lui donner d'autres moyens de s'affirmer afin d'empêcher que sa vie et sa liberté soient menacées par les conséquences de la dénutrition. Il s'agit de chercher, voire de construire avec lui, un changement de mode

[1074] En référence à H. Maldiney.
[1075] Cf. C. Pelluchon, « Approche de l'anorexie au carrefour de la phénoménologie et du féminisme », *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics,* 2015, vol. 8, n° 2, p. 72.
[1076] *Ibid.*, p. 75.
[1077] *Ibid.,* p. 75-76.
[1078] *Ibid.,* p. 77.

d'expression de son autonomie, de combattre sa résistance à tout changement de comportement et surtout de savoir l'écouter[1079] ; tout cela va bien au-delà des conseils habituels de mieux manger et doit impliquer l'incitation à mieux vivre en lui permettant de découvrir lui-même les clefs. Pour finir, nous ne ferons que signaler le rôle potentiel du féminisme, décrit dans l'article, qui se comprend dans le contexte essentiellement féminin dans lequel l'anorexie est rencontrée le plus souvent et du fait de son mode d'expression traduisant la recherche d'une autonomie très difficile historiquement pour les femmes.

Après avoir décrit les articles relatifs à l'anorexie, nous revenons à l'hyperphagie en analysant un article publié en 2013 par G. Charbonneau et V. Moreira, dans lequel les auteurs proposent une compréhension des troubles du comportement alimentaire hyperphagique dans une perspective anthropo-phénoménologique. En réfléchissant sur la nature et le *statut* des troubles du comportement alimentaire, les auteurs conçoivent l'acte hyperphagique comme résultat d'une « *tension addictive* »[1080] survenant dans l'action et distincte de l'angoisse. L'hyperphagie ne serait donc plus l'effet d'une dépression ou un essai de « guérison » par des comportements alimentaires particuliers comme cela a été admis. Un point important de cet article est la discussion sur les dimensions addictives, et aussi non addictives, de l'hyperphagie[1081]. Toutefois, même en reconnaissant un caractère addictif à l'hyperphagie, les auteurs affirment que cela est insuffisant pour caractériser ce mode d'être. Aussi, ils proposent de tenir compte du rôle des aspects anthropologiques, comme l'organisation de l'espace de la vie et les liens intersubjectifs[1082], qui sont au centre de l'organisation du mode d'existence et donc ont un rôle essentiel pour permettre la sortie ou le maintien de ces comportements alimentaires « sans contrôle ». À notre avis ces aspects pourraient faire l'objet d'un travail clinique très fécond.

Pour finir, nous devons signaler l'absence de discussion basée sur la phénoménologie en ce qui concerne l'obésité, constatation soulignée dès le début de cette thèse. Même si on peut trouver quelques articles qui utilisent une méthode phénoménologique de recherche pour comprendre l'obésité[1083], cette méthode reste un outil de recherche. Il y a un grand écart entre

---

[1079] *Ibidem*.
[1080] G. Charbonneau, V. Moreira, « Fenomenologia do transtorno do comportamento hiperfágico e adicções ». *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*., 2013, vol. *16*, n° 4, p. 531.
[1081] Étant donné qu'il s'agit d'une question importante, nous l'explorerons dans le point 2.2 de ce chapitre.
[1082] Ibid., p. 537.
[1083] Voir par exemple: B. K. Buxton, J. Snethen, « Obese Womens Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers: A Phenomenological Study », *Nursing Research*, 2013, vol. 62, n° 4, p. 252–259; J. Jensen, M. Petersen, T. Larsen, D. Jørgensen, H. Grønbæk, K. Midtgaard, « Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study », *JAN*, 2014, vol. 70, n° 5, p. 1138–1149; L. Vartanian, R. Pinkus, J. Smyth, « The phenomenology of weight stigma in everyday life », *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2014, vol. 3, n° 3, p. 196-202.

la théorie et la pratique dans ce domaine et c'est cela qui nous a poussé à développer, d'une certaine mesure, un point de vue phénoménologique sur ce sujet. Le but est de mieux comprendre ce mode d'être-au-monde si présent chez de nombreux sujets et tellement hétérogène. Une approche phénoménologique de l'obésité doit permettre d'atteindre l'expérience d'un sujet qui vit le « poids » d'un corps reconnu comme hors norme et qui est souvent réduit à sa condition corporelle. Il faut aller jusqu'au sujet obèse pour comprendre son expérience et son mode d'être-au-monde.

Conclusion de la troisième partie

La proposition d'une phénoménologie clinique des troubles alimentaires et de l'obésité est, dans une certaine mesure, l'axe central de cette thèse. Dans cette partie, nous avons essayé d'aborder plus directement cette voie pour autant qu'il y a une approximation clinique spécifique à travers les propositions de Binswanger et de Tatossian et même des publications actuelles sur ce sujet. Il s'agit d'un champ d'ouverture, de contact et de développement en psychopathologie dont la contribution se concentre sur le dévoilement du vécu et sur la mise en discussion d'un mode particulier d'être « malade ».

Par rapport aux contributions de Binswanger, on peut considérer qu'il nous a fourni une réflexion sur les différentes modes du malade « d'être corps ». À travers la présentation de la corporéité, il a été possible de concevoir les troubles alimentaires et, notamment, le vécu hyperphagique. Sa conception du rôle de ce corps qui peut transposer l'existence du sujet qui ne serait plus sujet dans les termes de l'action produite nous a semblé particulièrement féconde. Dans le cas d'hyperphagie, il y a, d'une certaine façon, un caractère impersonnel dans une action par laquelle le corps s'approprie l'existence. Cependant, il nous faut considérer que les directions de sens, thématique importante chez Binswanger, sont construites par le sujet dans sa relation avec le monde, avec les autres, avec la nourriture. Autrement dit, on peut à la fois parler d'une action démesurée (trop manger ou *ne pas pouvoir ne pas manger*) qui échappe au choix du sujet et d'une relation par rapport à l'acte de manger construit tout au long de sa vie. Ainsi, on peut dire que Binswanger nous a donné des pistes assez riches pour comprendre le vécu hyperphagique et pour assumer que la prise en charge, vu tout ce mouvement de « distance » du corps, son caractère « impersonnel » et l'absence de contrôle, devrait conduire vers la réappropriation de ce corps. On a observé la difficulté pour le malade d'être ce corps, la nourriture n'étant qu'un intermédiaire du sujet dans sa relation avec le monde qui, dans ce cas,

en utilisant les mots de Binswanger, tend à englober l'existence et à essayer de remplir les vides souvent ressentis et source de souffrance.

Les travaux de Tatossian nous ont invité et incité à comprendre le *Lebenwelt* des patients hyperphagiques et obèses. Ils nous ont conduit vers la thématisation du mode d'être global du sujet, de son mode de fonctionnement qui rend possible l'expérience vécue. On considère que, lorsqu'il met en évidence la subjectivité phénoménologique et l'identité, il nous indique un chemin de recherche par rapport à notre sujet. On observe de plus en plus dans la société occidentale contemporaine la centralité du corps et la transposition de l'identité vers le corps, c'est-à-dire la reconnaissance de l'être du sujet essentiellement à travers son corps. Il y a un chemin anthropologique qui peut être frayé à partir des contributions de Tatossian car l'expérience hyperphagique dans l'obésité se joue dans une dynamique bouleversante du corps qui se présente au sujet dans sa relation avec le monde. En abordant l'identité, on a vu le rôle de ce corps qui superpose la condition d'être sujet et la réduction du sujet au corps qu'il a. En outre, la prise en considération des altérations du temps, de l'espace, du corps et de la relation avec l'autre comme conditions de possibilité du vécu psychopathologique s'est présentée comme un paradigme concret des recherches en psychopathologie. Autrement dit, elle nous a ouvert un champ de compréhension de nature phénoménologique à travers les dimension constitutives de l'existence. Lorsque le sujet *est* les troubles alimentaires, le corps *est* souvent la cible et l'élément le plus étudié. Cependant, Tatossian apporte un élargissement du champ clinique en prenant certes en considération ce corps, mais en ne laissant pas de côté les autres conditions de possibilités du vécu. Inspiré par ses contributions, nous avons proposé et analysé quelques lectures, – qui ne seront pas reprises ici – , afin d'élucider le vécu hyperphagique dans l'obésité. Cela nous a permis de montrer la richesse de ce « mode de voir » et l'intérêt de la mise en discussion de l'expérience psychopathologique.

Notre parcours dans cette partie, qui a démarré par un retour historique sur les travaux et contributions de Binswanger et de Tatossian, a continué avec les travaux actuels autour des troubles alimentaires dans un ancrage phénoménologique. Après avoir exposé les points principaux de ces articles, nous nous sommes aperçu que l'approche phénoménologique des troubles alimentaires et de l'obésité n'était pas récurrente. Malgré ce, on a pu identifier une certaine orientation des dissertations sur ce thème et une potentialité des réflexions pour répondre à cet enjeu en permettant de comprendre toute la problématique de ces troubles discutés depuis leur origine, leur constitution, leur développement jusqu'à leurs modes de traitement. Parmi les conclusions que l'on peut faire par rapport à l'état de l'art, c'est tout d'abord l'accent mis sur le corps dans les troubles alimentaires ; c'était le point en commun

entre les divers articles, même s'il y avait quelques nuances et des modes spécifiques d'aborder ce sujet par les différents auteurs. Lorsque l'on s'intéresse au corps, on constate à partir des articles publiés qu'il y a, en cas de troubles alimentaires, une accentuation des modes « d'objectification » et de de la notion de contrôle du corps. Même lorsque la temporalité, l'espace et surtout la relation avec les autres sont abordées, le corps reste au centre du problème et se montre comme le paradigme d'analyses conduisant à la compréhension d'une altération des modes d'éprouver le corps propre. Tout cela nous a démontré la fécondité de la discussion phénoménologique sur le corps comme voie de compréhension des troubles alimentaires et aussi de l'obésité.

On a remarqué aussi la quasi absence de références aux représentants directs de la phénoménologie clinique proprement dite. En effet, les auteurs de phénoménologie clinique proprement dite ne sont guère cités quant à ce sujet et l'on peut dire que l'inspiration phénoménologique, pour l'étude des troubles alimentaires, est très « restreinte » : elle l'est par la phénoménologie philosophique. Parmi les motifs expliquant cet état de fait, il faut reconnaître que les troubles alimentaires, sauf d'une certaine façon l'anorexie, n'ont jamais suscité un grand intérêt de la part des psychiatres et que l'objet principal des études de psychiatrie et de psychopathologie phénoménologiques sont, jusqu'à ce jour, les psychoses. À notre avis la phénoménologie clinique doit répondre à une demande par rapport aux manifestations psychopathologiques autres que les psychoses, même si cela impose un certain renouvellement de l'approche en exigeant un travail de « création » et surtout un travail de recherche tant sur le plan théorique que clinique. Bien qu'elle soit peu enseignée[1084], on a observé quand même une augmentation du nombre de travaux et de publications de phénoménologie au niveau théorique et clinique.

Il est important de souligner que le développement d'échelles et de questionnaires d'inspiration phénoménologique et de méthodes diverses de recherche sont extrêmement importants pour une approche qui préconise essentiellement l'expérience vécue et se construit autour d'elle, mais cela ne va pas sans danger. En effet si ces outils sont utilisés de façon isolée et si les résultats obtenus ne sont pas basés sur la solidité et la profondeur du terrain clinique fourni par la phénoménologie, ils peuvent conduire à une dimension « technique » très superficielle. Dans l'état actuel de l'art, on a pu trouver des articles qui sont basés de façon excessive, presque de façon spéculative, sur la théorie sans tenir compte de l'aspect clinique, mais aussi des articles qui utilisent la phénoménologie seulement pour comprendre les

[1084] A. Grennouilleux, « Psychiatrie phénoménologique, médecine de la personne et big data », *Ann Med Psychol* (Paris), 2017, vol. 175, n° 10, p. 883.

manifestations observées chez les patients. La « solution » ou mieux le défi qui s'impose nous semble être d'essayer d'équilibrer, voire d'allier, les outils de recherche et la priorité du contact avec le patient, la clinique, avec une discussion adéquate de l'enjeu envisagé en utilisant les ressources offertes par divers travaux dont ceux de Binswanger et de Tatossian, qui prônent la phénoménologie en tant que « mode de voir » les phénomènes.

Partie IV - AUTOUR DE L'EXPÉRIENCE : LE VÉCU HYPERPHAGIQUE DANS L'OBÉSITÉ

La quatrième et dernière partie de cette thèse sera entièrement dédiée à l'expérience hyperphagique dans l'obésité et réalisée à partir d'entretiens effectués dans des contextes différents, français (à Paris) et brésilien (à Fortaleza). Après un long parcours « théorique », c'est-à-dire sans avoir utilisé directement un cas précis ou des entretiens comme base, arrive le moment de s'approcher le plus près possible de l'expérience des sujets qui vivent ou qui ont vécu l'expérience hyperphagique. La discussion préalable exposée dans les parties précédentes servira de fond et d'inspiration dans une rencontre entre l'empirique – l'expérience des sujets-collaborateurs – et l'apriorique [1085] – les formulations construites avant et pendant la constitution de ce travail, tout en respectant le cadre méthodologique établi.

En suivant les impératifs méthodologiques décrits au début de la thèse, nous partagerons cette partie en deux chapitres. Le premier sera consacré à l'analyse des résultats grâce à l'exploitation des entretiens cliniques dans chaque contexte ; cette analyse aura comme axe le vécu des patients et les modes de description de leurs expériences d'être obèse et de manger. Le deuxième chapitre sera centré sur une discussion générale qui permettra de comparer les deux contextes et de mettre en évidence les possibles interlocutions théoriques.

[1085] A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses,* 1979. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002, p. ??.

Chapitre 7 – Analyse des résultats

Selon un mouvement plutôt descriptif, ce chapitre débutera par une brève description de chaque participant, le but étant de mieux cerner le mode selon lequel ils ont décrit leurs expériences. Il ne s'agit pas d'une description sociodémographique ou d'un résumé de leurs histoires de vie mais simplement d'un point de référence et une mise en place du contexte quand nous citerons ce qu'ils nous ont décrit. Ensuite, à partir des entretiens, nous présenterons quelques catégories phénoménologiques, le but étant d'essayer de rassembler les points communs et de décrire l'expérience hyperphagique dans l'obésité. L'analyse des entretiens cliniques en France et au Brésil sera présentée de façon distincte car cette organisation nous permettra de mieux analyser l'expérience vécue dans chaque contexte et conduira ensuite à une discussion plus générale. Si pendant les analyses nous discutons quelques points particuliers tant à partir des théories exposées au cours de la thèse qu'à partir d'autres sources, notre intention est de rester le plus proche possible de l'expérience des sujets-collaborateurs. Ces apports théoriques, quand ils sont utilisés, visent surtout à enrichir l'analyse, mais en respectant la discussion spécifique au contexte en question et en restant aussi proche que possible de l'expérience décrite.

7.1. Les entretiens cliniques à Paris (France)

7.1.1. Brève description des participants[1086]

7.1.1.1. Jacques, le « drame » d'être à la table

Agé de 59 ans, Jacques affirme avoir eu des problèmes de poids pendant toute sa vie et estime que son véritable problème se situe quand il est à la table. Pendant ces moments, il se dit incapable d'arrêter de manger, cela est pour lui un vrai échec, avis partagé par sa femme et sa fille. Il reconnaît que son comportement alimentaire actuel est une dérive des habitudes familiales et il voit une continuité et une répétition de ce qu'il vivait au sein de sa famille lorsqu'il était enfant. Jacques insiste sur le rôle social de l'acte de manger et porte un regard critique sur l'alimentations et sur les modalités utilisées pour combattre l'obésité. Malgré une difficulté latente de ressentir tant la faim que la satiété, Jacques veut réapprendre à manger et

[1086] Tous les noms des participants dans les deux contextes sont fictifs.

retrouver le plaisir de se nourrir sans tomber dans l'engrenage de régimes alimentaires restrictifs.

7.1.1.2. Isabelle, la souffrance face à l'obésité

Isabelle, âgée de 52 ans, a commencé à prendre du poids suite à sa deuxième grossesse. Elle a du mal à vivre l'obésité, surtout du fait des normes physiques imposées par la société et du regard des autres. L'acte de manger correspond souvent à une façon de compenser les conséquences de quelque chose de mauvais qui vient de lui arriver. S'écouter et réapprendre à manger sont les deux objectifs qu'elle s'impose actuellement avec persévérance et souhaite que l'acte de manger ne soit plus la seule solution pour résoudre ses problèmes.

7.1.1.3. Karine, l'oubli du problème de poids et la « liberté » dans la perte de contrôle

Âgée de 59 ans, Karine affirme oublier souvent son problème de poids. Cependant, elle reconnaît que l'excès pondéral lié à l'obésité la font se rappeler de sa condition physique. Dans son discours il y a certaine ambiguïté puisqu'elle admet à la fois avoir accepté sa condition physique et en même temps désirer changer d'aspect. Elle décrit son envie irrépressible de manger le soir comme si ce besoin ne la concernait pas, mais concernait une autre personne. En réfléchissant sur son expérience hyperphagique tout au long de sa prise en charge psychologique, Karine s'est demandé si ces actes ne constituaient pas la manière qu'elle a trouvée pour avoir un peu de liberté alors qu'elle ne s'occupe, dans le quotidien, que des autres. Dans ce sens, elle croit parfois avoir besoin de perdre le contrôle des prises alimentaires, ce qui pour elle est vécu comme synonyme de liberté. Karine insiste aussi sur la différence entre manger et grignoter, en reconnaissant que toute sa problématique se place autour du grignotage, l'acte de manger étant « précédé par une perte de contrôle ».

7.1.1.4. Anne, « *grosse mais pas obèse* »

Agée de 57 ans, Anne a toujours eu des problèmes de poids. Quand on lui demande si elle s'estime obèse, elle affirme se sentir grosse mais pas obèse car l'obésité correspond, à son avis, à une dimension pathologique. Être grosse a toujours eu pour elle une signification négative car désignant quelqu'un de lourd, de faible et ayant une mauvaise estime de soi. Elle

oscille, malgré ce, entre des moments où elle se « fiche » de sa condition physique et des moments, au contraire, où elle ressent une grande souffrance liée au regard que les autres portent sur elle. Les épisodes hyperphagiques se passent souvent à la suite d'un souci quelconque à partir duquel, selon son expression, elle « *plonge dans le sucre* ». Anne affirme ressentir du plaisir à manger et apprécier le goût des aliments, mais elle explique aussi qu'à un moment donné ces sensations agréables disparaissent et cependant elle ne peut pas s'arrêter de manger ; elle identifie cela à un comportement addictif et se culpabilise énormément par la suite.

7.1.1.5. Lisa, « *le gras me statufie* »

Après 25 ans d'obésité, Lisa, 47 ans, affirme avoir une histoire autour de la difficulté de perdre le gras « *vachement accroché* » dans son corps. Elle considère que son poids la statufie et constitue aussi une sorte de protection et de force – une assise pour affronter la vie. Elle rapporte un vécu d'inceste et affirme porter en soi une « *deuxième personne* » qu'elle doit aussi nourrir. Ainsi, d'un côté elle affirme se nourrir pour vivre et, de l'autre, pour désangoisser et pour « *nourrir* » une sorte de trou qu'elle porte. Elle reconnaît que la nourriture est pour elle comme une drogue et même la « *pire addiction* » pour autant qu'on ne peut pas vivre sans manger. Son but actuel est de réapprendre le contrôle des prises alimentaires et d'espacer les épisodes hyperphagiques ; elle espère y arriver en transférant son addiction aux activités sportives. Pour Lisa, contrôler son corps et ses actes alimentaires, serait une manière de contrôler sa vie. Elle refuse la radicalité des régimes et considère la chirurgie bariatrique comme une « *mutilation volontaire* ».

7.1.1.6. Marion, manger comme une anarchie addictive qui remplit

Marion est âgée de 52 ans et a commencé à prendre du poids depuis sa première grossesse il y a 30 ans. Elle affirme que son poids fait beaucoup de yoyo et reconnaît qu'elle se laisse aller de plus en plus., sans faire aucune attention à elle, surtout au niveau esthétique. Elle considère l'acte de manger comme une sorte d'« *anarchie* » qu'elle nomme boulimie. Manger la remplit, dit-elle, mais ensuite elle ne se sent pas bien du tout selon ses propres termes. Elle met l'accent sur les implications physiques de l'obésité et considère avoir une addiction due à une faim présente en permanence.

7.1.1.7. Pierre, « *mon défaut est visible* »[1087]

Pierre, 42 ans, vit l'obésité depuis son enfance. Naît en Portugal il a vécu toute son enfance dans ce pays ; il considère avoir eu une mauvaise éducation alimentaire. Après une période de pénurie alimentaire due à la situation socio-politique de son pays, les repas ont recommencé à occuper une place centrale dans sa vie ; il a ingéré alors de grandes quantités d'aliments et a toujours fait attention à ne pas gâcher la nourriture, donc à ne pas laisser de restes. Actuellement, il ne se sent pas bien dans son corps ; ce malaise avec son corps est lié surtout aux conséquences de l'obésité qui, pour lui, se présente comme un défaut visible et entraîne chez lui un vrai « *problème mental* ». Pierre associe ses épisodes hyperphagiques à un essai de faire face aux problèmes de la vie, mais il constate aussi, qu'après un certain apaisement, ils sont suivis par un sentiment de culpabilité intense très pénible. Son désir, actuellement, est de pouvoir d'abord « *tuer l'envie de manger* » et puis, petit à petit, perdre du poids.

7.1.1.8. Dominique, se gaver face au mal-être et à la mauvaise estime de soi

Agée de 44 ans, Dominique a une image très négative de l'obésité et se sent « *hors norme* ». Elle affirme avoir perdu sa confiance en soi et ne pas se reconnaître dans l'image qu'elle reflète. Elle considère avoir trouvé la solution pour guérir son mal-être, se gaver, ce qui, pendant les épisodes hyperphagiques, masque sa souffrance. Elle estime que tout se passe comme si elle se droguait et de ce fait elle se culpabilise souvent suite aux excès alimentaires commis. D'un côté, Dominique cherche une écoute, qu'elle désire, mais dit ne pas tolérer d'être jugée par les autres du fait des mauvaises expériences vécues lors de sa prise en charge, de l'autre, elle met l'accent sur sa difficulté d'accepter l'aide des autres qu'elle souhaite pourtant.

7.1.1.9. Marine, le corps « étrange » à soi-même

Marine est âgée de 45 ans et s'est adressée au service du fait de sa rapide prise de poids. Originaire d'une famille « *où tout le monde est très sportif et très mince* » et en ayant travaillé dans le milieu de la mode, elle a l'« *impression d'être un peu à part* ». Elle trouve dans la nourriture le réconfort dont elle a besoin et signale une difficulté pour prendre contact avec son

[1087] Cet entretien a été fait dans la langue portugaise.

corps, l'entendre et reconnaître sa condition et ses besoins. Il s'agit d'un corps étrange dont elle ne peut pas sentir les limites d'où la sensation d'un vide qu'elle essaie de remplir grâce à la nourriture. Pendant les épisodes hyperphagiques, elle affirme pouvoir manger même ce qu'elle n'aime pas tellement, l'envie de manger est irrépressible.

7.1.1.10. Louise, la force de la nourriture et la distance de son corps

Louise, âgée de 62 ans, est assistante sociale et précise que la question de l'obésité, du poids et du « manger » sont des problèmes qui ont été présents toute sa vie. La chirurgie bariatrique faite en 2013 a changé ses habitudes et aussi son corps. Depuis son enfance, elle dit avoir été considérée « grosse » par les autres, vivant tout le temps en s'imposant des régimes dans une famille où il y avait plusieurs rites autour de la table. Les expériences hyperphagiques ont été décrites comme un envahissement de l'envie de manger suivi d'une culpabilité. Pendant les épisodes d'hyperphagie, elle affirme que la nourriture se montre plus forte qu'elle, ce qui entraîne une perte de contrôle de la prise alimentaire, accompagnée d'une grande difficulté à ressentir son corps et de la sensation d'un vide qu'elle essaie de remplir en mangeant.

7.1.2. Les catégories phénoménologiques

En analysant les entretiens faits à Paris, nous avons établi cinq catégories autour de l'être obèse et de l'expérience hyperphagique. Cette organisation se justifie en fonction de l'objet de notre recherche mais surtout par la façon dont les patients ont décrit leurs expériences selon un mode d'organisation particulier. Dans la première catégorie nous analyserons l'être obèse à partir de la question du « poids », de la souffrance, de l'expérience corporelle et du regard des autres qui marque l'expérience d'être obèse. Dans la deuxième catégorie, nous analyserons les différents sens de manger, présents dans l'expérience hyperphagique en cas d'obésité ; ici trois sous-catégories nous permettrons d'étudier d'abord le sens téléologique du manger, ensuite la question de la culpabilité après l'acte de manger et pour finir la dimension addictive du manger. La troisième catégorie se situera autour de l'expérience de la perte de contrôle dans l'acte de manger ; la quatrième sera centrée sur la faim, la satiété et leurs altérations lors du vécu hyperphagique ; dans la cinquième, nous décrirons le rôle de la famille en ce qui concerne le « manger ».

7.1.2.1. Être obèse : le corps, le poids et le regard des autres

Le corps et son caractère visible, le regard des autres, le poids et ses conséquences, les régimes, sont quelques-unes des caractéristiques souvent décrites lorsque l'expérience d'être obèse est évoquée. Le corps est perçu, vu et jugé par l'autre et par soi-même dans son insertion dans le monde. Avoir un corps gros et être obèse sont deux états qui comportent un « poids » et produisent souvent une souffrance. Ces aspects sont apparus dans les discours des sujets-collaborateurs et seront ici explorés en trois sous-catégories : 1) Le « poids » et la souffrance d'être obèse ; 2) L'expérience corporelle dans l'obésité ; 3) L'obésité comme « *défaut visible* » : le regard des autres.

7.1.2.1.1. Le « poids » et la souffrance d'être obèse

L'obésité a un « poids » et entraîne souvent une souffrance comme le précisent les sujets interviewés. « Porter » un corps obèse est tout d'abord lourd pour autant que cela impose des limites physiques qui sont source de souffrance. Bien que nous reconnaissions évidemment que l'importance de ce poids dépasse son caractère concret et simplement physique face à l'amplitude socio-culturelle de l'obésité, il faut signaler que des limitations à activité physique ont été très souvent indiquées par les participants. D'après Isabelle, « *on peut pas faire ce qu'on veut faire, on peut pas se déplacer facilement. Quand on mange, on est insufflée* ». Karine affirme : « *ça m'entraîne des problèmes de santé, problèmes de diabète, problème d'arthrose du genou, ça me fait très mal au genou. Dans ma vie quotidienne, c'est pas agréable parce que je ne peux pas bouger comme je veux* » et Marion reconnaît que « *C'est surtout sur le plan physique parce que, comme je vous ai dit, ça déséquilibre tout, je me sens très fatiguée, c'est surtout ça qui m'embête, la fatigue* ». Donc, on pourrait dire qu'il y a une limitation imposée à différents niveaux qui touche ce corps dans sa quotidienneté et entraîne des conséquences. Pierre, en parlant des conséquences de sa condition corporelle, dit « *la personne remarque quand le corps ne supporte plus ce poids* ». Les limitations et les problèmes de santé mettent le corps en scène en empêchant qu'il puisse être ignoré par le sujet ; ces signes « physiques » sont une façon d'annoncer et de prononcer leur habitation corporelle. La souffrance, dans ce cas, atteint le corps actuel et ne permet pas un silence de ce dernier qui se présente constamment à travers la fatigue, les douleurs, etc.

On a pu percevoir aussi tout au long des entretiens la charge particulière que porte le mot obésité et la gêne occasionnée lors de son utilisation. Anne par exemple affirme : « *Obésité*

me paraît vraiment pathologique. C'est vrai que je suis dans le cadre, j'ai des problèmes d'articulation, d'hypertension, donc, ça y est, je rentre, mais dans ma tête, grosse, surpoids, ok. Le mot obèse me fait peur ». Elle essaie de se débarrasser de ce mot du fait de tout ce qu'il évoque pour elle de négatif :

> « *Lourd, négatif, qui n'a pas trop de caractère parce que n'arrive pas à se battre contre les tentations, faible, faible, c'est très négatif. Je pense qu'il n'y a aucune idée qui est positive liée au poids, non, non. C'est très négatif, l'estime de soi est à zéro, voilà* ».

Se dire obèse signifierait pour Anne se reconnaître malade et incorporer toute sa négativité. On a pu voir que dans l'histoire de l'obésité il y a beaucoup d'expressions, assez péjoratives, qui ont été et sont encore utilisées en référence au sujet obèse. Le terme obésité serait la forme, pourrait-on dire, la moins péjorative pour autant qu'elle correspond à des attributs scientifiques et à un discours commun admis. Cependant, cette convention n'est pas suffisante puisque la négativité reste une référence liée à l'obésité, qu'elle est ancrée dans la culture encore présente dans notre société de même que l'association à l'idée de maladie.

Dans un sens proche de celui exprimé par Anne, Dominique affirme qu'elle ne se sent pas bien avec ce mot (obésité) et refuse son usage :

> « *c'est terrible parce que j'ai toujours été grosse, j'ai encore du mal à prononcer le terme obèse parce que pour moi être obèse ça représente, en fait, une image très négative. Je vois des gros mal habillés, classe sociale, prétention aucune bien sûr, et je me dis : je veux pas qu'on me mette dans cette case-là* ».

On peut percevoir ici que la condition corporelle n'est pas suffisante pour « être obèse » dans le sens de se sentir en tant que tel, surtout en fonction de toutes les attributions faites au mot obésité. Comme l'a mis en évidence Grangeard, on observe souvent un glissement sémantique consistant à utiliser l'adjectif comme substantif[1088] - « le gros », « les obèses » -, ce qui contribue à attribuer plusieurs sens au mot et à réduire le sujet à ce critère. À un autre moment, Anne ajoute : « *Je m'accepterais beaucoup plus si j'étais mince, je sais que mon profil ne correspond pas à la norme, il y a des normes, aujourd'hui je suis marginalisée* ».

À partir de ces dernières phrases, on peut se poser des questions sur le degré d'acceptation de l'obésité et sur la reconnaissance de celle-ci. S'agit-il d'un refus ou même d'une non acceptation de l'obésité ? On ne peut pas ignorer ici, le vécu du sujet et son mode de

[1088] C. Grangeard, « Fabrication d'obésités ». *Le Journal des psychologues*, 2013, vol. 8, n° 311, p. 18.

perception de soi, mais cependant il faut tenir compte du fait que cette perception s'institue « charnellement » dans sa relation avec le monde, notre monde, qui tend à être lipophobe[1089] et « impose »ce mode de voir. Dominique, par exemple, se sent laissée de côté, marginalisée à cause de son aspect « hors norme ». L'obésité est-elle une catégorie large et il faut être attentif à ne pas mépriser un sujet qui porte un tel corps et qui a un style propre d'être-au-monde. Nous parlons ici d'un corps qui est marqué, identifié, stigmatisé et assujetti pour autant qu'il peut devenir le principal élément de référence identitaire, tout ancré dans son caractère visible.

Nous arrivons ensuite, dans cette catégorie, à une question assez importante, voire difficile, posée par Pierre sur l'obésité considérée comme un problème mental :

> « *J'ai un problème mental, n'est-ce pas ? D'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, c'est définitivement un problème mental. Comment une personne a-t-elle le problème qu'elle a, se voit au miroir et continue à manger comme elle mange ? Il y a un problème, ce n'est pas normal* ».

Au lieu d'envisager une réponse dichotomique par rapport à l'obésité comme « *problème mental* », il nous faut ici considérer les implications de cet encadrement. Après avoir montré la souffrance liée à une dimension somatique et aux attributions du mot obèse, on voit, avec les propos de Pierre, émerger une considération qui peut placer l'obésité dans une autre dimension. Dans cette thèse, ce point est discuté spécifiquement en considérant la présence d'une expérience hyperphagique et ses implications *dans* et *pour* l'obésité. De plus, on doit toujours considérer, indépendamment de la classification de l'obésité comme maladie, la possibilité de reconnaître l'obésité comme une « manifestation de souffrance »[1090] qui touche l'individu globalement, ce qui forcément la positionne bien au-delà d'une simple condition physique. Cependant, on observe, paradoxalement, une prise en charge, parfois choisie par les patients eux-mêmes, qui se contente souvent de traiter le niveau physique même si l'obésité est reconnue comme dépassant ce niveau. Réduire l'obésité à une condition corporelle et aux conséquences qu'elle peut entraîner peut impliquer l'adoption d'une prise en charge qui ne recourt pas à une approche « psy ». En opposition à une définition limitée, voire une « non définition » de l'obésité, il faut élargir le point de vue et considérer les conséquences de l'obésité sur les comportements et sur le « mode d'être au monde » du sujet.

Ces entretiens, réalisés à Paris, nous montrent que les patients suivent un parcours, émaillé de souffrance, démarrant au niveau physique, centré sur les régimes et sur la

[1089] C. L. Fischler, *L'homnivore*. Paris : Odile Jacob, 2001, p. 316.
[1090] C. Grangeard, « Obésité mentale ? », *La clinique lacanienne*, Eres, 2008, vol. 1, n° 13, p. 146.

rééducation, mais petit à petit ils se rendent compte, surtout après plusieurs échecs, de la nécessité d'une approche capable d'incorporer des interventions au niveau de la psychologie, voire de la psychiatrie[1091], et d'ouvrir ainsi un espace autre pour partager le « poids » et la souffrance d'être obèse .

7.1.2.1.2. L'expérience corporelle dans l'obésité

En répondant à la question relative à l'expérience d'être obèse, les sujets-collaborateurs en France ont décrit leur expérience corporelle, la manière dont ils ressentent leur corps propre en ce qui concerne l'obésité. Nous commencerons par l'expérience de Marine qui affirme avoir une difficulté à s'identifier à son propre corps et même à percevoir sa prise de poids. Il nous semble y avoir une disproportion entre son vécu corporel et l'image qu'elle a d'elle-même. Elle affirme :

> « *J'ai pris du poids tellement vite que c'est un nouveau corps, je ne reconnais pas mon corps quand je le regarde. Je ne le reconnais pas et je crois que je ne l'accepte pas. Et comme je ne l'accepte pas, je refuse de me dire : "c'est ton corps*" »

Même sans pouvoir s'éloigner de son corps, Marine ne peut pas s'y reconnaître. Elle a ce corps mais elle ne peut pas l'être. Elle ajoute :

> « *Je ne sais pas comment expliquer, c'est bête mais il y a des petits passages dans un endroit, je réalise pas, je fonce, je réalise pas qu'au final, bah non, le corps a tellement grossi que je ne vais pas forcément passer par là* »

Il nous semble que Marine est loin de son corps dans son actualité. Elle se maintient attachée aux images d'un corps antérieur auquel elle était habituée. Elle ne s'identifie pas à son corps du fait de sa difficulté à l'éprouver et refuse son changement ; il s'agit d'un corps étrange, dissonant. Il n'y a pas de plasticité dans son schéma corporel , lequel a perdu, pour l'instant, sa capacité de renouvellement[1092] et de (ré)organisation. Ce qu'elle voit n'est pas le corps qu'elle éprouve, qu'elle vit comme le sien. Il y a un écart entre l'*être* et l'*avoir* du corps pour autant que le mode dont elle éprouve son corps propre est dissonant par rapport à celui qu'elle a concrètement.

[1091] Il faut dire ici que le Service dans lequel nous avons fait ces entretiens met en place une approche multidisciplinaire pour la prise en charge de l'obésité.
[1092] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 825.

Il nous faut alors considérer la question de la spatialité. Comprise comme une production permanente du sujet, il s'agit de penser la spatialisation humaine antérieure à l'espace, comprise comme possibilité d'expansion et d'ouverture de possibilités[1093]. Marine est enfermée dans son corps, dans un espace sans horizon et sans profondeur empêchant, dans un sens merleau-pontien, l'être de son corps et ses possibilités de réalisation[1094]. Ainsi, on peut percevoir que Marine se trouve perdue dans son corps sans pouvoir se réaliser en tant que telle. En outre, vu que le contact avec Soi est altéré, le contact avec les autres est aussi changé. Cette expérience corporelle est marquée par la honte et par le sentiment d'être différente :

> « *c'est comme si, j'ai l'impression d'être un peu à part. On n'est pas comme tout le monde. Ce sont des choses bêtes. Je ne sais plus comment m'habiller parce que, avant je savais ce qui m'allait, maintenant je sais pas comment faire. Donc, je cache le corps, je mets les grandes choses pour cacher ce que je n'ai pas envie de montrer mais qu'on peut pas tout cacher au bout d'un moment* »

L'obésité vécue par Marine la « désapproprie » du caractère propre de son corps dans un vrai déséquilibre entre *corps sujet* et *corps objet.* La honte, souvent ressentie par les patients qui souffrent d'un trouble alimentaire[1095], apparaît ici dans son caractère social, c'est-à-dire liée au regard porté par les autres sur son corps et à leur rejet affectant le corps[1096], ce qui est très habituel chez les patients obèses. On peut aborder ici la honte vécue par Marine dans son pouvoir de destitution subjective, de disparition du sentiment d'existence[1097]. Cependant, on peut comprendre aussi, paradoxalement, que, dans le cadre d'un travail clinique, cette honte peut permettre une sauvegarde de la subjectivité pour autant qu'elle peut constituer un point d'ancrage capable de permettre la reconstruction de l'identité du sujet[1098]. Il faut ouvrir un espace clinique pour que cette honte soit exprimée.

En abordant l'expérience corporelle dans l'obésité, il nous faut considérer l'histoire de ceux qui portent ce mode d'être. Marine a eu une prise de poids rapide liée à des épisodes hyperphagiques ; elle se trouve perdue dans un corps dont le poids augmente et elle ne peut pas ou ne veut pas reconnaître ce corps comme sien. Cependant, la honte n'est pas suffisante pour empêcher ces épisodes hyperphagiques : « *J'ai honte mais la honte n'est pas suffisante pour m'empêcher de manger. Même la honte de mon nouveau corps, ça suffit pas* ». Même si nous

[1093] A. Tatossian, A. « Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique », *op. cit*. p. 104.
[1094] M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 833.
[1095] M. Corcos, *Le corps insoumis: psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, 2005, p. ??
[1096] B. Karcher, « Le cycle de la honte dans l'obésité », L'*Encéphale*, 2016, vol. 42, n° 6, p. 590.
[1097] Bernard D. Les objets de la honte. Paris: Cliniques méditerranéennes; 2007 [n° 75].
[1098] B. Karcher, « Le cycle de la honte dans l'obésité », L'*Encéphale*, 2016, vol. 42, n° 6, p. 593.

considérons que l'expérience hyperphagique bouleverse largement le mode d'éprouver le corps et de se nourrir, il faut envisager ici qu'il y a une expérience particulière, due à la prise de poids, qui joue avec toutes les significations attachées à l'être obèse.

Marion, dont l'histoire autour de l'obésité est plus longue, se reconnaît en tant que telle mais affirme ne pas sentir cela au quotidien :

> « *c'est bizarre, je sais que je suis grosse, mais je ne le sens pas au quotidien, c'est surtout quand je vois des photos (…) Là, quand je me vois, je vois la réalité, ce visage énorme et tout. Là, j'en prends vachement plus conscience. Là je me sens vraiment monstre* »

Contrairement à Marine, on pourrait dire que Marion se reconnaît comme grosse mais elle est tellement habituée à sa manière d'être corps[1099] qu'il faut une objectivation pour qu'elle puisse se rendre compte de son état corporel. Pour éprouver ce corps comme monstrueux, il faut qu'elle le voit, voire qu'il soit vu. Et c'est cette visibilité dans un corps de chair, comme nous l'avons discuté, qui brouille le *corps sujet* et le *corps objet*. Le mode de se voir, et aussi d'être vu, affecte l'expérience corporelle dans l'obésité. Marion voit dans son corps bien au-delà d'une masse statique et achevée d'un corps qui est le sien ; dans une certaine mesure, quand elle se voit en image, elle voit aussi ce qu'elle croit que les autres – la société – sont en train de voir et de juger. Tout cela entraine des conséquences dans son mode particulier d'être corps.

Karine nous raconte son essai d'oublier son corps :

> « *je crois que j'ai un peu déconnecté mon esprit de mon corps. Donc, quelque part j'essaie d'oublier que j'ai des gros problèmes de poids (…). Quelque part je pense que j'essaie d'oublier. Moi, je pense que, comme si je ne voyais pas quoi, sauf quand ça me rappelle physiquement quoi* »

On observe ici que Karine a l'intention délibérée d'oublier ce qui est ancré dans son malaise lié aux problèmes de poids. Son mécanisme est d'essayer de laisser les problèmes de poids de côté. Néanmoins, son aspect physique la rappelle constamment à la réalité ou encore empêche qu'elle oublie ses formes trop amples. On doit signaler aussi son intention d'essayer de déconnecter l'esprit du corps. Cette tâche, comme elle le reconnaît, se montre incomplète car « le physique » ne cesse pas de la « convoquer » et se connecte souvent à son « esprit ».

L'expérience quotidienne de Louise est intéressante ; elle dit n'être jamais en paix corporellement :

[1099] E. de Saint Aubert, *Être et Chair I. Du corps au désir : l'habilitation ontologique de la chair*, *op. cit.*, 2013, p. 17.

> « *L'alimentation c'est une obsession quotidienne. Tous les matins, j'étais au régime. Tous les matins à 08h du matin, à 11h c'était terminé, j'avais déjà pris le pain au chocolat, mangé plus que les autres, puis après j'étais dans la culpabilité, le rejet : « ma pauvre, tu sais pas faire, tu te négliges », et de nouveau je m'affamais, et puis je remangeais. Et c'était ça tous les jours, j'étai jamais en paix. Corporellement, déjà psychiquement, mais corporellement j'ai jamais été en paix non plus, jamais* »

Il y a ici une expérience corporelle autour de l'acte de manger, soit dans le sens d'une action, soit dans l'exigence d'un régime. Il s'agit d'un cycle qui met souvent le sujet obèse dans une condition de souffrance entre ce qu'il ne peut pas faire et ce qu'il devrait faire pour s'éloigner de ce corps « trop gros ».

Pour finir, nous présentons l'expérience de Lisa qui éprouve son corps obèse comme une sorte de protection et de force pour affronter les difficultés de la vie. Elle affirme :

> « *il y a un aspect où le gras, par sa densité me donne l'impression vraiment intérieure, en termes de proprioception, de me statufier, d'accord ? (...) Ça me statufie, ça me rigide. Étonnamment le gras c'est mou, ma fille dit moelleux, mais moi, ça me donne vraiment l'impression, voyez, d'avoir une sorte d'assise qui me fait affronter la vie* ».

Son corps lui fournit une certaine force, une base pour faire face à la vie, pour se montrer forte. Elle ajoute encore : « *Je pense que c'est vraiment une sorte de protection à la fois par le volume engendré mais aussi par les deux pieds carrés au sol* ». On observe ici une positivité de son regard vers l'expérience corporelle, vers un corps qui la protège. Cependant, on constate aussi qu'elle signale une rigidité. Statufier implique cette force, cette puissance mais aussi l'état de statue conduit à une immobilité, à une rigidité et entraine une limite et une distance. Ce n'est pas par hasard que Lisa vise un changement de ce corps et souhaite une perte de poids, même si elle incorpore une vision assez critique des régimes et de la chirurgie bariatrique. Il s'agit d'un corps dont elle veut se débarrasser et à la fois ne veut pas ou ne peut pas se débarrasser. Perdre du poids et changer son corps est lié à une problématique de perte[1100] de protection et renvoie aux pertes dans son histoire personnelle. Il y a un vide dans son corps (« un trou dit-elle) qui est rempli, pense-t-elle, par la nourriture ingérée.

Il y a évidemment une grande diversité dans l'expérience corporelle en cas d'obésité et ceci ne peut pas être occulté. Malgré cela, dans le cadre de cette recherche et des entretiens faits

[1100] S. Aubry, N. Vercruysse, « Approche clinique du 'poids de la perte' chez la personne obèse. A clinical approach of the 'weight of the loss' among obese patients », *Obésité,* 2009, vol. 4, p. 214.

à Paris, il nous semble important, à travers l'expérience de Marine, Marion, Karine, Louise et Lisa, de montrer un certain bouleversement de l'expérience corporelle qui passe par l'objectification d'un corps obèse. On a pu percevoir une certaine fluidité, comme dans le cas de Marion et Karine qui parfois essaient d'ignorer les contours de leur corps, ou même un clivage de l'image du corps, dans le cas de Marine qui considère habiter un corps qui ne serait pas vraiment le sien ou encore la souffrance de Louise, face à un corps qui n'est jamais en paix, auquel il faut toujours intimer l'ordre de changer et de se présenter autrement. Les patients obèses ont souvent une image de leur corps floue et même clivée en tant que support identitaire[1101]. Cependant, on peut observer, d'une certaine façon, chez Lisa, le rôle identitaire que lui assure son corps car son corps obèse agit comme un mécanisme pour faire face au traumatisme vécu. Bref, on observe dans cette sous-catégorie un corps obèse qui est convoqué, détaché, rappelé constamment, soit dans des situations pratiques, soit dans sa visibilité qui institue une vulnérabilité, tout en changeant le mode d'éprouver ce corps.

7.1.2.1.3. L'obésité comme « *défaut visible* » : le regard des autres

L'expérience d'être obèse a été décrite par les sujets-collaborateurs dans le contexte français à partir de sa visibilité par les autres. Pour Pierre, il s'agit d'un défaut visible :

> « *nous avons tous un défaut quelque part, le mien est visible, mon défaut est vu. La plupart des gens ont des défauts que vous ne pouvez pas voir. Beaucoup pire que le mien, mais ne vois pas, mon défaut est visible. (...) Dans notre cas, il est facile de trouver un moyen de rendre une personne mal à l'aise, n'est-ce pas ? Et notre défaut est visible, c'est pourquoi je dis que c'est beaucoup de handicap, beaucoup* »

On parle ici d'un corps qui est vu et jugé comme objet, comme masse visible et visée. Dans l'expérience de Pierre, c'est la visibilité qui engendre la difficulté plus grande à accepter ce corps trop gros car l'inconvénient de ce défaut est qu'il ne peut pas être caché et qu'il est souvent évoqué. D'après Louise, l'obésité a traversé toute sa vie et a toujours conduit à une souffrance :

> « *Pour moi, c'est quelque chose qui m'a pesé sur ma vie toute entière, ça a été une souffrance quotidienne, le regard des autres, mon propre regard sur moi-même et surtout le fait d'être jugée, mais pas simplement jugée, comment ça s'appelle, le traumatisme que ça engendre* »

[1101] A. Appart, D. Tordeurs, C. Reynaert, « La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques ». *Louvain* Médical, 2007, vol. 5, n° 126, p. 156.

Tout est vécu dans et par le corps dans sa dimension quotidienne ; au-delà d'une dimension tout à fait privée ces expériences sont traversées par les autres, par la culture aussi dans sa quotidienneté.

Selon les mots de Jacques, il y une difficulté de compréhension de la part de la société :

> « *c'est effectivement, qu'on soit ou comme moi en surpoids ou anorexique, il y a un regard de l'extérieur de ne pas comprendre. Pourquoi c'est comme ça ? Ça fait un peu peur. Pourquoi il ne fait pas quelque chose ? Il y en a ceux qui sont addictes à l'alcool, pourquoi ils ne font pas quelque chose ? Pourquoi ils ne font pas quelque chose ? Mais c'est pas simple, c'est plus complexe que ça. Il y a des gens qui ont du mal à comprendre* »

Il s'agit d'un regard qui menace, qui fait peur. Dominique signale ainsi le regard des autres, de la société et les implications résultant du fait qu'elle est jugée sur son physique ou encore sur son incapacité à surmonter cette condition :

> « *De toute façon elle est grosse, si elle mange c'est parce que elle ne s'aime pas, etc., etc., et ça ils le disent tellement ou ils le pensent tellement fort qu'on est convaincu. (...) Ce qui me pose problème c'est le regard en société, dans le milieu du travail où là on pourrait s'attaquer à mon physique pour m'empêcher d'occuper certains postes par exemple* »

Au niveau du corps, lequel est traversé par le regard des autres, il semble y avoir très souvent un écart entre ce corps que l'obèse a et celui qu'il devrait avoir. En conséquence, il y a toujours une action possible, comme les régimes, pour permettre aux sujets obèses d'arriver à la norme, à la condition idéale de poids Les mots de Louise illustrent bien cela : « *j'étais tout le temps en régime, ma mère m'avait toujours mis au régime. Après, c'était inscrit dans ma tête que de toute façon je ne devais pas manger* ». Suite aux échecs répétés de perte de poids, ces patients sont vus et parfois se voient comme faibles, négligents et incapables de se maîtriser : « *Ça y est, je suis la dernière des dernières, j'ai encore failli, j'ai encore tout raté, je vaux rien, je suis lamentable* », affirme Louise en évoquant comment elle se sent après ne pas avoir pu suivre les régimes imposés.

Louise et Marine nous ont parlé de l'acte de manger seule, non par préférence, mais parce qu'elles le considèrent comme un moyen de contrôle sur l'alimentation plus difficile et surtout comme une façon de cacher la grande quantité de nourriture consommée. Louise par exemple a affirmé qu'elle avait souvent l'habitude de « *manger en cachette* », une façon pour elle d'éviter le regard des autres car le regard des autres est à la fois une voie de contrôle mais aussi une source de honte pour autant que les excès commis peuvent être observés. Mais ce

mode de manger en cachette n'empêche pas la culpabilité face aux excès alimentaires commis dont le patient reste conscient. Même sans être vu, l'imminent regard des autres impose sa marque et, de toute façon, les actes alimentaires laissent leurs traces sur le corps.

On peut dire que l'obésité accentue le caractère visible du corps, son contrôle et et son évaluation. Autrement dit, elle conduit à un détachement du corps, parfois non désiré, instituant ce corps comme point de référence et d'identification. Cette visibilité, pleine de significations, est souvent à l'origine d'une souffrance et met le sujet obèse dans une situation de vulnérabilité parfois difficile à gérer.

7.1.2.2. Les sens de manger dans l'expérience hyperphagique dans l'obésité

L'acte de manger est plein de significations qui dépassent son sens naturel et quotidien. Bien qu'il soit indispensable pour la vie, l'acte de manger n'est pas uniquement le fait de se nourrir dans le sens nutritionnel ; il occupe une place centrale dans l'expérience des sujets-collaborateurs interviewés dans le contexte culturel français. Dans cette catégorie, nous analyserons les différents sens exprimés de l'acte de manger en les classant en trois sous-catégories : 1) Manger pour… ; 2) « *Après, on culpabilise* » ; 3) Manger comme une addiction.

7.1.2.2.1. Manger pour…

En décrivant leurs expériences de manger, les sujets-collaborateurs ont signalé de façon récurrente que manger correspond pour eux à un certain objectif. Ainsi, l'acte de manger implique souvent un « manger pour » quelque chose. Dans une action qui porte une intentionnalité, une direction de sens, il nous faut comprendre les différentes significations et leurs fonctions dans le vécu des patients. Le premier sens qu'on analysera et discutera ici est l'acte de manger décrit comme « pour remplir un vide ». Louise, Marine et aussi Marion considèrent cet acte comme une façon de remplir un vide et l'acte de manger est signalé par elles comme le comportement, l'action, l'événement qui doit être fait pour permettre un certain « vécu de remplissage », voire un soulagement. Donc, dans le vécu hyperphagique dans l'obésité, on peut dire que la nourriture devient une partie du sujet en occupant une certaine place ou en essayant de combler un manque. Louise met justement l'accent sur sa tentative de combler un manque :

> « *pour moi la nourriture c'était un petit peu de combler, d'essayer de combler ce vide mais je ne le comblais jamais. C'est pas vrai, je ne le comblais jamais (…) Pour moi ça a été de toujours remplir un vide, une angoisse, ça a toujours été ça* »

Marine aborde, avec émotion, le grand vide qu'elle ressent et son besoin d'aller vers la nourriture pour essayer de le remplir :

> « *C'est des fois des besoins de remplir comme s'il y avait un grand vide en moi et un besoin de remplir en mangeant même, je ne sens plus mes limites. C'est comme s'il y avait un vide en moi et il faut que je remplisse ce vide. C'est dur à expliquer avec des mots mais c'est la sensation que j'ai. Il n'y plus rien et il faut que je me remplisse de nourriture. Je pense que ça peut être n'importe quoi comme nourriture, c'est aussi un besoin de remplir, de remplir une sorte de vide (…) c'est la seule chose que je trouve pour m'aider à aller mieux* »

Et Marion affirme encore : « *Ça me remplit, ça me remplit dans un moment et puis après je ne me sens pas bien (…) C'est juste pour me gaver, me remplir. Le temps que je suis pas remplie, ça va pas* ». À partir de ces paroles, on constate l'évocation d'un vide qui rend possible, et même pourrait justifier en quelque sorte, l'expérience hyperphagique. Comme l'exprime Dominique : « *On donne quelques clés pour essayer de guérir de ce mal-être qui est invisible en fait, je pense qu'il est profond* ».

L'acte de manger correspond ici à un besoin irrépressible d'essayer de tout remplir et c'est la seule alternative possible pour le sujet . L'envie de manger, souvent incontrôlable dans l'expérience hyperphagique, passe par un essai parfois désespéré de remplir ce vide bien au-delà de ce qu'apporte la nourriture. Il s'agit d'une sorte de mécanisme pour agir face à la souffrance dans une action toutefois tellement intense et démesurée que le sujet *ne peut pas ne pas manger* , perdant souvent tout pouvoir de choix et de contrôle : « *Et je vous dis dans une forme de fièvre, on s'arrête pas, on s'arrête pas, on a envie, on mange, on mange, on mange* », affirme Louise.

Notre attention est attirée sur quelques points spécifiques lors de ces entretiens. Le premier, est qu'il s'agit de l'association faite en particulier par Louise entre l'angoisse et le vide. On peut percevoir l'impossibilité pour ces sujets d'accepter ce vide, cette angoisse qui, même en faisant partie de leur existence, devient insupportable. Ensuite, lorsque Marine affirme ne plus sentir ses limites, il s'agit d'une altération du mode d'éprouver son propre corps pour autant qu'il ne reconnaît plus ses limites, ne les identifie pas, ce qui permet un acte alimentaire dans une certaine mesure très « exagéré ». Pour finir, l'usage du verbe gaver employé par Marion n'est pas anodin ; il nous dit beaucoup car il évoque un acte alimentaire imposé de force, brutal et avec l'intention de remplir, et ce en excès.

En continuant l'analyse, on découvre qu'Isabelle considère l'acte de manger comme une voie pour « *compenser quelque chose* » :

> « *C'est dans ma tête, c'est pour compenser quelque chose. Des fois je sais même pas ce que j'ai, sur quoi je réfléchis. Mais, moi-même, je sais que plus je mange, je*

> *mange, je mange, je mange, sans avoir faim, ça veut dire que ça va pas dedans. Mais des fois je sais pas qu'est-ce que j'ai, pourquoi je mange (…) Il y a des fois où je suis en colère et je mange. Quand j'ai besoin d'argent ou quelque chose ou les enfants ne vont pas bien, je mange, je mange, je mange, je mange* »

Elle fait référence au fait de « manger » sans avoir faim comme un acte jouant un rôle de compensation ; elle le précise bien, ce qui dénote son vécu corporel et sa relation particulière avec le comportement alimentaire. La relation, souvent évidente entre avoir faim et manger, se présente ici différemment. Manger sans avoir faim est le signe d'un mal-être. Pierre affirme encore que « manger » est « *le seul moyen facile d'échapper à mes problèmes. Parce que c'est facile de manger. (...) Ici, c'est plus facile, il suffit d'ouvrir la porte, d'aller dans une boutique et c'est tout, la chose la plus simple du monde* ». On observe que la disponibilité de la nourriture, son caractère accessible et quotidien permet l'action. Il serait important de nous poser la question – pourquoi la nourriture ? Est-ce pour remplir un vide ? Est-ce pour éloigner les problèmes ? La phrase de Pierre nous donne une piste et oriente vers la quotidienneté du « manger ». Cependant, on peut dire que ce point de vue n'est pas satisfaisant. On doit toujours situer ces actes alimentaires dans un horizon historique, et aussi culturel, qui les compose. En prenant l'exemple de Pierre, et grâce aux quelques points abordés par lui tout au long de l'entretien, on apprend qu'il vient d'une famille portugaise avec des habitudes autour de la table particulières, toujours de grands repas, très copieux. Après des périodes de pénurie alimentaire à un moment de sa vie, voire de faim, la nourriture a recommencé à prendre une place centrale dans son quotidien. Tout cela ne justifie pas et évidemment n'explique pas son mode d'être mais cela révèle une histoire, son histoire, celle qu'il a vécue en tant que sujet et qui l'a conduit, avec d'autres éléments, à une relation dysfonctionnelle avec la nourriture.

Pour finir cette sous-catégorie, nous apporterons l'expérience de Jacques et de Karine. Premièrement, nous constatons que Jacques affirme que l'acte de manger : « *ça rythme la journée. C'est l'un des points de passage, c'est un point de passage social aussi, d'échange* ». Même s'il n'attribue pas à cette fonction sociale et d'échange ses habitudes alimentaires, comme un « manger pour » avoir cela, il nous faut remarquer qu'il met l'accent sur le rôle quotidien et intersubjectif de l'acte de manger. Manger est souvent manger avec, établir des relations et partager. Dans le cas de Karine, elle est en train de réfléchir, au cours d'un processus psychothérapeutique, sur ses épisodes hyperphagiques qu'elle considère, d'une certaine façon, comme une espèce de liberté :

> « *Et là, je me suis demandé, quelque part, finalement, c'était pas pour moi une espèce de liberté ou parce que je suis quelqu'un d'assez, je m'occupe beaucoup des autres, je suis toujours à la disposition des autres, je fais tout pour les autres et moi je passe après. (…) Est-ce que le fait de manger n'est pas pour moi une espèce de liberté que je me donne ? Voilà, peut-être une décompression, j'en sais rien. Un moment de liberté, voilà, pour l'instant je le vois comme ça* »

Il s'agit d'une perception assez riche de l'acte de manger pour autant qu'elle se présente de façon différente de la plupart des sujets qui décrivent leur emprisonnement dans un acte sans contrôle. L'emprisonnement de Karine est ailleurs et ses actes alimentaires, parfois sans retenue et sans contrôle, sont éprouvés comme une vraie liberté. Tout cela nous montre la complexité et les différentes directions de sens de l'acte de manger.

7.1.2.2.2. « *Après, on culpabilise* »

La culpabilité est un sentiment qui a été évoqué par beaucoup de patients, surtout après avoir mangé exagérément. Il s'agit d'une expérience qui exige l'autre, pas dans le sens concret d'une présence physique, mais dans le sens d'un possible regard qui s'imposera et qui marquera aussi le propre regard du sujet sur lui-même. Le mode de voir le corps est constitué par celui de l'autre. La culpabilité est liée à l'excès et à l'incapacité à se maîtriser. Marine affirme qu'elle ne se sent pas bien après avoir mangé et se culpabilise :

> « *Après, on culpabilise, on se dit, si tu grossis comme ça, c'est ta faute* (…) *Je sais que ça n'arrangera pas mon poids, de manger, mais c'est plus fort que moi. Et ça me donne pas une bonne image de moi. Je me dis que je suis trop faible, j'arrive pas à me contrôler, t'es pas assez forte, t'as pas assez de volonté, c'est ce que je me dis* (…) *Je sais qu'il faudrait pas que je le fasse, mais je le fais quand même* »

Sans pouvoir se contrôler et après avoir mangé en excès, Marine juge toujours ne pas avoir fait assez pour se contrôler.

Louise aborde la culpabilité de façon encore plus présente :

> « *Et après dans cette culpabilité qui faisait aussi que je voyais tout en noir. Je dis : "Ça y est, je suis la dernière des dernières, j'ai encore failli, j'ai encore tout raté, je vaux rien, je suis lamentable". Voilà, c'était un processus éternel, éternel* »

On observe ici la souffrance de Louise qui se juge aussi et situe l'acte alimentaire commis comme une faille révélant quelqu'un d'incapable. Ce « *processus* éternel » est le conflit entre

l'alimentation vécue comme une « *obsession quotidienne* » et la culpabilité qui instaure un regard négatif sur soi.

Dans l'expérience de Dominique, on remarque aussi ce conflit entre, d'une part, l'envie irrépressible de manger comme la seule voie pour masquer ses problèmes et, d'autre part, la présence d'une culpabilité qui apporte la souffrance et, d'une certaine façon, rend illégitime cet acte :

> « *dès lors que j'ai fait de l'excès, tout ce détraque, tout va mal. Tout va mal parce que je culpabilise, mais en même temps c'est le seul antidote que j'ai trouvé, c'est le revers de la médaille. D'un côte, je ne suis pas bien, je suis stressée, il faut ma petite nourriture. Mais de l'autre côté, après, il y a un temps pour la culpabilité* »

La culpabilité fait partie souvent de la dynamique hyperphagique, elle traverse ce mode d'être, nettement après l'acte de manger. Par contre, il faut dire que cette culpabilité n'est pas généralement suffisante pour empêcher le prochain épisode hyperphagique et que l'obésité, pour autant qu'elle est marquée par un corps « hors norme », en surpoids, tend à accentuer ce sens attribué à l'acte de manger et ce mode d'éprouver l'acte de manger. Manger, plutôt « trop manger » porte le sens d'une culpabilité qui a une incidence sur le sujet.

7.1.2.2.3. Manger comme une addiction

Parmi les sens attribués à l'acte de manger, quelques sujets-collaborateurs considèrent que pour eux il s'agit d'une addiction dont ils ne peuvent pas sortir. Ils assimilent l'acte de manger à une drogue, ils le vivent en tant que telle. Au-delà de la discussion sur la présence d'une dimension addictive dans l'expérience hyperphagique, il nous faut considérer la manière dont ces sujets ressentent et expriment leurs expériences. Anne affirme : « *une fois que je tombe dedans, il faut que je termine. C'est addictif* ». Pour elle, il s'agit d'une chute dans la nourriture et elle précise qu'une fois dedans elle ne peut pas arrêter, elle doit finir, toute la nourriture, tout ingurgiter. L'addiction, pour Anne, correspond à l'impossibilité de « sortir » de l'acte de manger délibérément.

Lisa, elle, met l'accent sur autre aspect. Dans un mode réflexif et critique sur ce sujet, elle reconnaît l'addiction à la nourriture comme la « *pire addiction* » puisqu'on ne peut pas laisser de la nourriture de côté :

> « *la nourriture, quand c'est une addiction, c'est terrible, parce que comme on doit manger pour vivre, on n'a pas cette possibilité-là de la mettre de côté, il n'y a pas encore de solution du type je prends mes trois pilules du matin, mes trois pilules du midi et mes trois pilules du soir et je ne trouve plus jamais la nourriture (...) Pour moi, c'est vraiment la pire addiction* »

Sa réflexion nous semble pertinente et le caractère indispensable de la nourriture nécessaire à la survie donne un statut tout particulier à cette nourriture lorsqu'on la reconnaît comme objet d'une possible addiction. On mange pour vivre dans le sens où vivre implique forcément manger, et ce, selon de multiples possibilités. La question que l'on doit se poser tout d'abord est quel est le mode particulier du vécu de chaque personne lors de cette action quotidienne et banale ? Reconnaître la dimension addictive de l'hyperphagie entraîne la prise de conscience de la difficulté du traitement puisqu'il est évidemment impossible de supprimer toute prise alimentaire. L'acte de manger doit donc être vécu différemment et réorienté vers un choix et une organisation replaçant le mangeur (ici le patient interviewé) comme sujet de l'action. Il ne s'agit pas que le patient cesse de manger, mais qu'il mange différemment. Lisa ajoute encore :

> « *Ça c'est terrible, ce truc de l'addiction, pour moi c'est le truc où il n'y a pas de vraie solution, sauf si on décide. C'est un suicide social ce qu'on fait quand on mange comme ça, à tous les niveaux. (...) C'est une drogue, je suis accro à la bouffe. Fin, en tout cas j'étais accro à la bouffe. Ça veut dire que comme le mec qui fume son cataire pour se calmer ou le type qui se tire son joint, son chute, moi, je mangeais* »

Compte tenu du rôle social de l'alimentation, l'altération du mode de manger dans l'expérience hyperphagique tend à bouleverser ou même à miner les relations avec les autres. La complète immersion dans l'acte de manger hyperphagique, son caractère irrépressible et intense tend à supprimer de l'expérience alimentaire sa fonction d'échange et de convivialité. Pour Lisa, « manger » atteint le même niveau addictif que d'autres drogues comme le cannabis.

Dans un sens proche, Pierre reconnaît avoir une dépendance à l'acte de manger qui se présente sous la forme de la perte du contrôle alimentaire, mais il situe son expérience alimentaire à un autre niveau, celui de la psychopathologie. Il affirme :

> « *C'est une dépendance, sans aucun doute. Maintenant, au fil du temps, quand la personne regarde bien les choses, c'est une dépendance. Vous pouvez vous contrôler pendant trois jours et ensuite vous ne pouvez plus, c'est parce que c'est un problème, derrière tout ça, il y a un problème plus sérieux* »[1102]

[1102] Traduction du portugais : « É uma dependência, sem dúvida nenhuma. Agora, com o tempo, quando a pessoa analisa bem as coisas, é uma dependência. Você consegue se controlar por três dias e depois não consegue mais, é porque é um problema, atrás disso tudo há um problema mais grave ».

Dans l'expérience de Dominique, la nourriture est comme une drogue qui la conduit dans l'acte de manger sans même qu'elle s'en rendre compte :

> « *La solution que j'ai trouvée, c'est comme me droguer, ils ont besoin d'une dose, moi c'est la nourriture, mais il faut que ça s'arrête* (…) *quand je mange, quand je suis dans ma phase stress, contrariété ou je m'en fiche de tout, je mange sans me rendre compte et je me pose plus la question si je suis (obèse), c'est comme une drogue* »

Il faut s'attarder sur le sens qu'elle donne à la nourriture qu'elle considère comme une drogue. Elle l'identifie comme quelque chose dont elle a besoin et vers laquelle elle est conduite, le plus souvent, quand elle doit faire face à une situation difficile. La nourriture a pour effet de contrecarrer l'angoisse résultant des difficultés de la vie. Lorsqu'elle parle de la nourriture comme drogue, on comprend que pour elle le recours à la nourriture est « programmé » par ces situations difficiles. Cette constatation est importante car elle permet, d'une certaine façon, de mettre en question ce caractère addictif de l'acte de manger pour autant que l'objet (la nourriture) n'est pas le but principal, mais que ce besoin de manger (l'acte) est destiné à atténuer le stress dû à des situations (mal) vécues auxquelles elle est confrontée. Cependant, l'attribution à un objet extérieur à soi de la capacité de se faire du bien se trouve à la base de tout comportement addictif[1103] et, dans l'expérience hyperphagique, c'est surtout l'acte et non l'objet (la nourriture) qui se présente d'abord comme objet d'attachement.

Il résulte de ce qui précède qu'il faut considérer les sens de cette expérience et sa phénoménologie comme un mode d'être-au-monde. Pour comprendre l'expérience hyperphagique dans une dimension addictive il faut envisager le fonctionnement du sujet et ses relations avec la nourriture, avec le monde, avec les autres, tout ancré dans une histoire de mangeur. Assimiler l'expérience hyperphagique à une addiction comporte des implications par rapport aux modes de traitement et à la perception de soi pour autant que cela évoque la dépendance et une comparaison inévitable avec d'autres types d'addition.

7.1.2.3. L'expérience de la perte de contrôle dans l'acte de manger

L'expérience de la perte de contrôle est au centre des épisodes hyperphagiques décrits pendant les entretiens réalisés à Paris. Il s'agit d'un mode de manger ou plutôt de *ne pas pouvoir arrêter de manger* qui dépasse le choix par le sujet et l'acte de manger comme une nécessité physiologique quotidienne. Louise se sent envahie par l'acte de manger et la perte du contrôle alimentaire vient avec l'envie de manger :

[1103] C. Grangeard, « Obésité mentale ? », *op. cit.,* p. 135.

> « *J'étais complétement hors contrôle. Avant, pendant, après. Avant parce que j'étais happée par l'envie irrépressible de manger, d'aller dans le frigo, d'arrêter d'y penser, toutes mes pensées étaient circuitées par qu'est-ce que je vais manger, qu'est-ce que je vais prendre ? Après, carrément, dans ce que j'étais, sans savoir ce que j'ai mangé, j'étais dedans, mais en dehors de la réalité* »

Elle est poussée par l'envie de manger ce qui la fait plonger dans l'action, dans la recherche de nourriture. Tout se situe autour de l'acte de manger ; c'est la « réalité » qui s'impose à Louise : il faut qu'elle mange. Dans son cas spécifique, il faut considérer le fait qu'elle a été soumise à une chirurgie bariatrique donc des restrictions lui ont été imposées, exigeant une modification de ses habitudes alimentaires. Son corps a changé - elle a perdu du poids - mais ce changement ne signifie pas forcément un changement de l'être. Quand Louise décrit son expérience, elle distingue toujours l'avant et l'après chirurgie. Contente de son corps actuel, elle fait très attention aux changements et à son mode d'être qui doit notamment converger avec sa nouvelle condition corporelle. Dans son cas, bien que le traitement de l'obésité ait été un succès, il faut être attentif au risque d'hyperphagie. Si nous situons l'hyperphagie dans le sens d'un *ne pas pouvoir ne pas manger*, l'expérience alimentaire actuelle de Louise montre un contrôle technique fait dans son corps dont le résultat est *ne pas pouvoir trop manger* ; tout excès signifie ici un risque et une équivoque. Autrement dit, ce nouveau corps impose, à partir d'un élément extérieur qu'on lui a mis à l'intérieur (chirurgie bariatrique), un contrôle qui peut aisément produire un conflit entre l'être et l'avoir de ce corps. Il nous semble que Louise vit, d'une certaine façon, fixée entre l'absence de liberté, par rapport à ses expériences hyperphagiques lorsque l'acte de manger se montre comme une envie fondamentale et tout à fait centrale dans son existence, et son impossibilité, en fonction d'une restriction physique imposée par l'acte chirurgical, de mettre en pratique cette envie. Elle est donc à l'épreuve de son corps, de ses envies qui persistent et d'un mécanisme de contrôle, ballotée entre les deux.

Marine vit aussi une expérience de perte de contrôle, marquée ici par une forte émotion : « *c'est plus fort cette émotion, cette envie de manger j'ai l'impression qu'elle est plus forte que tout et que j'ai l'impression qu'elle est incontrôlable* ». Cependant, elle l'identifie comme une action qui est due à ses problèmes et à des pensées négatives. Elle est tout à fait centrée sur l'acte de manger, mue par une envie irrésistible de manger et se sent comme un zombie ou même hypnotisée :

> « *je suis tellement dans mes pensées que je vais aller comme un zombie pratiquement chercher autre chose à manger, sans avoir réellement conscience. Je suis tellement dans mes pensées que le corps le fait comme un automatisme. Je ne*

> *suis plus présente, je ne pense pas même que je mange, je suis ailleurs. Et c'est ça qui est difficile à contrôler* »

La pensée de Marine n'intervenant pas dans l'acte de manger, celui-ci se présente souvent comme un soulagement, une façon de se déconnecter. Bien qu'elle établisse une certaine distance avec son corps, Marine reste plongée dans ses pensées. Elle est capable de percevoir la distance de son corps et du temps présent : « *J'arriverai plus facilement à me contrôler si j'étais réellement dans le temps présent, à manger et même à savourer ce que je mange* ». Elle ajoute encore : « *je suis peut-être pas assez dans le temps présent et donc pas forcément à l'écoute de mon corps. Je ne l'écoute plus. Je ne dois plus savoir l'écouter* ». Il nous semble significatif que lorsque Marine fait référence au temps elle reconnaît n'être pas assez dans le présent. Dans un sens merleau-pontyen, le temps doit être vu avec son caractère inséparable du sujet en portant une dynamique propre. Pour lui, la subjectivité « assume ou vit le temps et se confond avec la cohésion d'une vie » [1104]. La dimension temporelle du corps est toujours vécue au présent, « le corps existe nécessairement 'maintenant' » [1105]. Nous ne pouvons pas revenir vers le passé ou avancer vers le futur, mais « Mon corps prend possession du temps, il fait exister un passé et un avenir pour un présent, il n'est pas une chose, il fait le temps au lieu de le subir »[1106], affirme-t-il. À partir de cette compréhension, comment pourrait-on analyser l'expérience de Marine par rapport au temps et au corps ? Il nous semble que Marine est tellement plongée dans ses pensées qu'elle ne peut pas prendre contact avec son soi corporel. Elle oscille entre ses expériences passées et ses perspectives à venir. Quand elle commence à manger, il y a un soulagement, dans l'instant, qui disparaît ensuite. Loin de son corps, de sa présence, de sa sensibilité et sans pouvoir l'écouter, partant, le comprendre, elle se montre incapable de se maîtriser et même de bien vérifier ce qui se passe en elle-même.

Marine exprime aussi sa frustration face à l'impossibilité de se contrôler, ce qui produit chez elle une mauvaise image de soi :

> « *c'est frustrant de pas se sentir capable, on devrait être toujours conscient de ce qu'on fait et on est censé pouvoir se contrôler. Donc, non, ça ne me donne pas une bonne image de moi. Ça ne me donne pas une bonne image de moi, de me dire « tu n'es même pas capable de contrôler ta nourriture* ».

[1104] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », p. 1126.
[1105] Cf. *Ibid.*, p. 823.
[1106] Cf. *Ibid.*, p. 931.

Au cours de ses épisodes hyperphagiques, Marine affirme ne pas être consciente de ses actes. Ne pouvant contrôler son alimentation, elle se sent incapable de contrôler sa vie, ce qui montre la portée et l'impact des épisodes hyperphagiques sur son existence :

> « *Je ne me rends même pas compte que je suis en train de continuer de manger. Moi, je me rends compte quand il n'y a plus rien à manger (…) j'ai l'impression que je perds aussi le contrôle de ma vie. Je perds le contrôle de ma vie et je n'arrive même pas à contrôler ma propre alimentation* »

Karine, de son côté, évoque son envie incontrôlable de manger, surtout les choses sucrées :

> « *le soir j'ai une envie irrépréhensible de manger des choses, particulièrement sucrées. C'est comme si je ne pourrais plus gérer, quoi. C'est comme si j'étais une deuxième et que je peux savoir intellectuellement que je devrais pas le faire, mais je peux pas me contrôler, quoi* »

Elle se montre consciente de ses excès alimentaires mais reconnaît qu'il s'agit d'une action qui dépasse son pouvoir de contrôle ; cette action est vécue comme étrange, assujettie dans le sens où Karine sait ne pas pouvoir l'assumer comme propre à elle-même et dans laquelle il y aurait l'intervention d'une « deuxième » personne.

Lisa propose un traitement qui exigerait un retour au corps afin de reprendre le contrôle de ses prises alimentaires :

> « *Il faut vraiment reprendre le contrôle, mais de manière douce, pas être dans les régimes, manger ce que je veux mais en réécoutant mon corps, après l'avoir abandonné. Je suis quelqu'un de très intellectualisé, enfin, j'intellectualise tout, je me réfugie dans ma tête et là je redescends à mon corps, vraiment* »

Lorsque Lisa souhaite la reprise du contrôle du corps, elle touche sa dimension sensible dans un processus de réappropriation qui dépasse un apprentissage cognitif. Reprendre le contrôle par la voie de la rigidité du contrôle, comme cela peut se faire dans le cas des régimes, est à son avis insuffisant. Il faut, dit-elle, réécouter ce corps, son corps, qui est loin d'être silencieux

Pour finir, examinons les expériences vécues de Jacques et de Dominique. Le premier essaie d'expliquer sa perte de contrôle par la non conscience de l'acte alimentaire parfois excessif : « *quand je suis dans l'acte, de toute façon, je sens que je ne me contrôle pas par définition, je peux pas être conscient de ç*a ». Il parle d'un automatisme qui définit son expérience hyperphagique et insiste sur l'importance de retrouver le plaisir de manger. La deuxième décrit son mode de manger comme caractérisé par l'absence de contrôle dans une action automatique, intense et sans plaisir :

> « *Je mange très, très vite. Je ne prends pas même le temps de déguster, parfois je me dis, j'aimerais bien prendre, je ne déjeune même plus avec des gens qui mangent lentement parce que je mange tellement vite que je ne peux pas tenir. (…) Je mange très, très vite, je me gave, je n'ai plus de plaisir, plus rien. (…) Comme des démons, en fait, qui m'incitent, parce que c'est pas humain de manger comme ça. Et je perds le contrôle parce que je n'arrive plus à m'arrêter* »

Dominique met l'accent sur la vélocité de son action de manger qui l'empêche de sentir le goût des aliments. Ses actes alimentaires ont pour fonction de la gaver, de la remplir, tout cela étant dû à une envie incontrôlable de manger.

7.1.2.4. La faim et la satiété

La faim et la satiété sont deux éléments qui conditionnent généralement l'acte alimentaire marquant le quotidien autour de la nourriture. Pendant les entretiens réalisés en France, les sujets interviewés ont beaucoup évoqués leurs sensations corporelles et les altérations de celles-ci comme partie de l'expérience hyperphagique. Parfois cependant il y a une vraie difficulté à les percevoir et à les ressentir. Louise, par exemple, reconnaît sa difficulté à ressentir et constate la presque absence de sensations corporelles :

> « *Les sensations corporelles, ça c'est le drame de ma vie aussi, parce que tout a été tellement étouffé par le regard qu'on avait sur mon corps, forcément j'avais un très vilain regard aussi. En fait, je suis quelqu'un qui n'a pas beaucoup de sensation physique. Là, c'est pareil. Il faut que ce soit les extrêmes pour que je ressente quelque chose* »

Elle dit que c'est parce qu'elle souffre beaucoup du regard des autres, qu'elle a des difficultés avec les sensations et cela se présente comme un drame qui rend difficile l'organisation de son mode de manger. Il faut des extrêmes, dit-elle encore, pour qu'elle puisse vraiment ressentir quelque chose. Elle affirme ensuite : « *Moi, j'ai toujours été une masse, une enveloppe, une masse. Une enveloppe à la fois et une masse, mais rien de faim, rien d'affiné un bloc, un bloc avec un trou au milieu, un vide, un trou au milieu* ». Louise ressent son corps comme pure matière (masse) et comme simple couverture (enveloppe) de son être avec un vide qu'elle essaie de remplir avec la nourriture. Par rapport à la faim, elle dit manger avant de l'éprouver, ce qui empêche sa manifestation ; en fait elle essaie de remplir ce trou qui l'obsède. Pour éprouver la faim, il faudrait qu'elle puisse sentir ce vide qu'elle essaie de combler par l'ingestion de

nourriture. Quoique la faim ne soit plus le moteur de l'acte de manger chez Louise, il y a quand même une envie de manger. Elle affirme :

> « *J'ai jamais eu faim, j'ai jamais eu faim. J'ai toujours mangé avant, j'ai jamais eu faim. Et j'ai jamais été rassasiée (...) j'ai envie, mais, mais la faim, je ne sais pas qu'est-ce que c'est. Et avoir assez, je ne sais pas qu'est-ce que c'est avoir assez. Je pouvais finir un repas et puis avoir de nouveau envie de manger encore après, ça ne finissait pas* ».

Il n'y a pas ici la circularité entre faim et satiété qui pourrait réguler et donc équilibrer, si nous pouvons le dire ainsi, l'acte alimentaire. Louise est poussée par l'envie de manger qui devient à son tour l'opérateur principal. Une envie de manger puissante peut se présenter comme un facteur capable de bouleverser la question de la faim et même la surmonter. Avec Pierre, on peut observer la portée de cette puissance : « *mon problème est l'envie de manger, d'abord, je n'ai souvent pas faim. Et une personne sait que plus elle mange, plus elle a envie de manger. (...) Ma volonté de manger, si je pouvais passer toute ma vie à manger, je pense que je passerais* »[1107].

Avoir envie de manger n'implique donc pas forcément avoir faim, une faim alliée ou même mélangée à cette envie ; il peut d'ailleurs y avoir une certaine confusion entre ces deux sensations. Marine se pose la question de ce qu'elle ressent : « *Effectivement, des fois je me pose la question, des fois j'ai des envies de manger et des fois je me dis : est-ce que c'est une envie de manger ou est-ce que tu as réellement faim ?* ». On peut percevoir que pour Marine la distinction entre l'envie de manger et la faim n'est pas très évidente : cela se constitue à partir de la façon dont elle ressent son propre corps. Ces perceptions relatives aux sensations ressenties ont été signalées aussi par d'autres sujets-collaborateurs. Cela nous semble un point important qu'il faudrait souvent travailler au cours de la prise en charge des patients à l'hôpital.

Jacques, de son côté, considère avoir un problème lié aux sensations et expose ainsi ses difficultés : « *Je pense que j'avais, que j'ai un problème car plus de sensation ressentie justement. J'ai du mal à ressentir la faim, la satiété* ». Il considère que tout cela est lié directement à son poids et comprend que toute amélioration passera par le processus de réapprendre à manger : « *Il faut que je réapprenne à manger, que je réapprenne à avoir mes sensations, etc. C'est ça vraiment mon objectif* ». Il nous semble très important de tenir compte de ce mouvement de perception et de contact en plus de la propre expérience. Il s'agit d'aller

[1107] Traduction du portugais : « meu problema é a vontade de comer, primeiro, muitas vezes não tenho fome. E uma pessoa sabe que quantos mais come, mais vontade tem de comer. (...)A minha vontade de comer, se pudesse passar a minha vida a comer, eu acho que passava ».

bien au-delà des régimes diététiques et d'envisager un « apprentissage corporel » qui passe par l'acquisition de nouvelles habitudes : « *c'est juste travailler, comment on dit, comment manger, le temps assez à manger, prendre son temps, prendre du plaisir, faire de ce moment un moment d'échange et, plus qu'un moment de prendre la nourriture et se gaver quelque part* », affirme-t-il. Tout cela implique un processus, parfois long et difficile, un processus de (re)signification.

Pour finir, nous exposerons l'expérience de Dominique qui met l'accent sur la satiété et sur sa non perception d'avoir commis un excès : « *si je ne trouve pas une satiété, je vais continuer à manger. Après, quand je sors de table et je commence à avoir un coup de fatigue, envie de dormir où, là, je me dis, j'ai été trop loin, je me dis, j'étais dans l'excès* ». Dans son cas, il lui faut d'autres sensation, différentes de celle de la satiété, pour qu'elle puisse se rendre compte de son expérience hyperphagique. On a pu observer dans tous ces extraits d'entretiens une référence à une certaine défaillance des sensations de faim et de satiété qui marquent l'expérience hyperphagique pour autant qu'elles se trouvent, pourrait-on dire, perdues dans l'action de manger. L'envie de manger, et non la faim proprement dite, est présentée comme la base pour l'action de manger et la satiété, souvent non éprouvée, se dilue pour autant que l'acte de manger a comme but de satisfaire le désir de manger et non la faim elle-même.

7.1.2.5. La famille et l'acte de manger

La famille, dans ses différentes compositions, configurations et fonctions, porte souvent un rôle historique et stratégique dans la construction des modes de manger de nous tous. Dans nos entretiens, les sujets-collaborateurs en France ont mentionné comment les relations familiales et leurs habitudes autour du « manger » traversent leurs modes actuels de manger – il y a une histoire familiale autour des actes alimentaires.

Jacques situe sa problématique avec la nourriture comme une dérive de ce qu'il a vécu chez lui, avec ses parents :

> « *mes parents, mon père, était médecin, donc, souvent à la table, on l'attendait pour déjeuner à midi, donc, on mangeait toujours assez tardivement, on revenait à l'école l'après-midi. Et donc assez rapidement et je pense que c'est une dérive avec le temps, ma problématique avec les nourritures, c'est une dérive avec le temps de manger vite et de pas pouvoir m'arrêter quand je suis à table* »

Né prématuré, Jacques nous raconte qu'il a perdu sa sœur, quand elle avait deux ans, quelques mois après sa naissance. Il considère avoir eu droit dès lors à une attention toute particulière :

« *Comme j'étais tout petit, vraiment mince qu'on pourrait croire, dès la naissance prématurée, il paraît qu'ils m'ont forcé à manger pour que je prenne mes forces, etc. Est-ce que ce n'est pas créé chez moi dès le départ une logique de manger pour manger ?* ». Il insiste sur le caractère historique des relations à la nourriture de sa famille :

> « *C'est historique parce que dans ma famille, mon père et ma mère ont eu six enfants, cinq aujourd'hui, six enfants, qui ont toujours aimé les réunions de famille, etc. Ils aiment beaucoup les réunions à table, etc., etc. Toujours quand on va chez eux on mange beaucoup, en quantité, on mange beaucoup (…) ça fait partie du social de la famille, de manger* ».

Chez Jacques, il y a une centralité de l'acte de manger considérée comme un moment en famille et toujours marquée par la quantité d'aliments ingérés. Si, d'une part, il insiste sur cette composition sociale et conviviale, d'autre part, il signale aussi les problèmes liés à l'alimentation :

> « *la nourriture chez nous, chez mes parents, est quelque chose de très présent. Voilà, J'ai une sœur qui est forte aussi, j'ai une nièce qui est anorexique, j'ai une nièce qui est boulimique, j'ai mon frère qui se surveille, faire les efforts, il y a quand même les relations avec la nourriture qui familièrement n'est pas simple. Ça c'est clair, ça c'est clair. Je pense qu'on a, il y a familièrement une relation avec la nourriture qui est un peu, qui sort de la normale. C'est certainement une question, ma famille* ».

Ainsi, Jacques fait une relation entre le fonctionnement de sa famille et la présence de troubles alimentaires chez plusieurs membres de celle-ci. Il s'agit d'une relation autour de la nourriture qui, à son avis, n'est pas équilibrée.

Les expériences vécues en famille, et décrites par Marine et Louise, sont intéressantes. Les deux patientes sont originaires de familles où l'habitude de manger tous ensemble autour de la table faisait partie de leur quotidien et elles ont préservé, dans la mesure du possible, ce moment convivial. Marine situe d'abord l'acte de manger comme un moment de fête, surtout en famille, qui contrastait avec les moments où elle mangeait toute seule : « *Pour moi, normalement, c'est presque un moment de fête. Et même quand j'étais jeune, manger c'était le moment de se retrouver en famille, on discute, voilà, c'est lié, sauf que chez moi c'est se retrouver de tête à tête avec moi-même* ». Elle a vécu une histoire en famille où l'acte de manger porte un sens (fête, convivialité). Quand elle se retrouve à Paris toute seule (« *À Paris, je vis seule, donc, je vais manger seule* »), ces moments de convivialité deviennent rares, limités et « manger » apparaît comme une confrontation avec soi-même. Manger en famille est vraiment

un moment important pour Marine : « *quand je vais chez mes parents, je mange en famille. Pour moi, ça c'est important. J'aime bien aussi me retrouver à manger avec eux* ». Cependant, il faut dire aussi que, malgré ces moments de bonheur en famille autour de la nourriture, la forme physique est mise en scène et se présente pour Marine comme un signe d'appartenance : « *je viens d'une famille où tout le monde est très sportif et très mince. Au final, j'ai l'impression presque de ne plus appartenir à ma famille parce que je ne suis plus comme eux* ». Sa condition corporelle est présente aussi dans ce champ familial harmonieux et bien qu'elle fasse partie de cette famille cela n'empêche pas l'impact du regard des autres sur son corps. Avec émotion, Marine affirme dans un autre moment : « *dans ma famille tout le monde est mince et maintenant il y a que moi qui suis grosse. C'est comme si j'étais une brebis galeuse dans la famille* ».

Louise ne se sent pas comme les autres membres de sa famille : « *dans la famille j'étais toujours la fille un petit peu canard, celle qui n'est pas comme les autres* ». Elle était toujours marquée et remarquée du fait de son corps comme voie d'identification, surtout par sa mère qui avait un rôle régulateur en la privant constamment : « *Ma mère était une femme qui m'a beaucoup privée, ça veut dire qu'elle me punissait par la nourriture et j'étais sa bête noire. Donc, elle avait décrété qu'elle avait un pouvoir sur moi et ce pouvoir se réduisait qu'à la nourriture* ». Aussi bien que Marine, Louise aborde l'importance du « manger en famille » et de l'impact du changement lors de sa vie à Paris :

> « *nous étions une famille nombreuse. Donc, avec des rites, on était tous autour de la table. Oui, la table a été importante pour moi parce que c'était une façon de se réunir et d'être ensemble. Et quand je suis partie à Paris et je me suis retrouvée seule, ça m'a beaucoup coutée d'être seule* »

Louise mentionne le rôle de l'acte manger dans la composition de rites en famille ; manger signifiait manger avec, en famille. Néanmoins, Louise présente aussi cet espace en famille comme un espace de punition et révèle son habitude de « manger en cachette » :

> « *je me souviens très petite, je mangeais en cachette, j'allais dans le frigo et je mangeais en cachette. Et je mangeais en cachette en sachant que j'allais être punie puisque on était une famille nombreuse. Et je mangeais tout le dessert pour neuf personnes, et je savais que ça laisse voir. Je savais mais je ne pouvais pas m'en empêcher* »

Même en sachant que la punition arriverait, Louise ne pouvait pas se contrôler ; un comportement qui était identifié et jugé par la famille.

Pour Pierre, la famille a eu le rôle d'éducation alimentaire et il y a une reproduction plus tard de ce qui a été vécu avec les parents. Cette éducation, dans son cas, s'est présentée comme liée aux conditions socio-économiques :

> « *depuis que j'étais petit j'ai eu une mauvaise éducation alimentaire. Ma mère était une personne qui a souffert de la faim, quand les gens ont faim, alors rien n'est gâté à l'intérieur de la maison, n'est-ce pas ? Ensuite, nous sommes tous passés par une phase, c'était à ma naissance, nous avons traversé une phase où la dure vie portugaise a pris fin et il faut expliquer un peu l'histoire parce qu'elle concerne mon éducation. Nous en sommes donc arrivés à avoir plus de nourriture, n'est-ce pas ? Il y avait plus de nourriture, il y avait plus d'argent, les gens vivaient autrement, la pauvreté était finie, il n'y avait pas de difficulté à la fin du mois. Et puis quand j'étais à la table, quand le plat de nourriture venait, je devais finir l'assiette de nourriture, n'est-ce pas ?* »

Il attribue son mode actuel de manger comme un certain résultat de tout ce processus vécu en famille depuis son enfance.

7.2. Les entretiens cliniques à Fortaleza (Brésil)

7.2.1. Brève description des participants

7.2.1.1. Maria, « *je mangeais jusqu'à ne plus supporter* »

Maria, âgée de 65 ans, a vécu une expérience d'abandon par son mari qui l'a laissée avec ses deux enfants. Elle associe son attachement à la nourriture à cette expérience difficile et à la solitude dans laquelle elle vit actuellement. En mangeant, elle affirme qu'elle se sent bien et mal à la fois. Pendant les épisodes hyperphagiques, Maria mange jusqu'à ne plus pouvoir le supporter et arrive même à se faire vomir pour pouvoir manger à nouveau. Elle considère l'acte de manger comme un moyen de se libérer de quelque chose, de se sentir plus tranquille – « *je pensais que c'était un refuge* ». Cependant, elle considère s'être trop fermée au monde et s'être repliée sur elle-même, en croyant, à tort, qu'elle pourrait seule « *résoudre la vie* ». Son « *refuge* », la nourriture, est devenu aussi une source de souffrance.

7.2.1.2. Joaquim, « *j'étais exclu par le poids* »

Avec 28 ans, Joaquim est obèse depuis son enfance, un état qui ne l'avait pas dérangé pendant longtemps. Il a pris la décision de chercher une aide pour mincir lorsqu'il s'est rendu compte qu'il était exclu des entretiens d'embauche du fait de sa mauvaise mobilité et donc en fonction de son poids excessif. Conscient de ses mauvaises habitudes alimentaires et des épisodes hyperphagiques associés à l'ingestion de soda, il souhaite un changement très progressif de son alimentation, sans adopter de mesures radicales. À son avis, le secret est de changer progressivement le mode d'alimentation sans changer de vie sociale.

7.2.1.3. Claudia, l'anxiété et l'acte de manger comme un « *refuge* »

Âgée de 40 ans, Claudia ne s'est pas rendue compte immédiatement de sa prise de poids. Quand elle a été dérangée par son apparence et par le regard discriminatoire des autres, elle a commencé à souffrir de son obésité et est devenue une « *personne anxieuse* », l'acte de manger étant son refuge. Elle affirme manger en raison de son anxiété, et non du fait de la sensation de faim : son but est de remplir un vide qui l'angoisse et de se calmer en mangeant. Même en se sentant bien lors du repas, elle décrit un sentiment de culpabilité qui survient suite à l'excès alimentaire et à la perte de contrôle de la prise d'aliments. Claudia considère avoir une « *compulsion* », surtout pour le soda, dans la mesure où elle n'arrive pas à contrôler sa consommation et à gérer ses prises alimentaires.

7.2.1.4. Nicolas, « *C'était à tout moment, il n'y avait pas d'heure pour manger* »

Nicolas a 24 ans et ne se voyait pas comme une personne obèse avant d'avoir souffert des conséquences de l'obésité (difficulté à dormir et à respirer, hypertension, douleurs, etc.) ; ces signes cliniques l'ont conduit à chercher l'aide d'un service spécialisé. Il considère l'acte de manger comme quelque chose de si naturel qu'il y a des fois, dit-il, où il ne se rend même pas compte qu'il est en train de manger. Ne pouvant se contrôler il mange « *compulsivement* ». Travaillant dans le milieu de la gastronomie, il raconte qu'il mangeait tout ce qu'il préparait : « *je ne pouvais pas voir de la nourriture* ». Il ne percevait ses épisodes hyperphagiques que quand il n'y avait plus de nourriture devant lui. Nicolas attribue sa condition corporelle à de mauvaises habitudes contractées tout au long de sa vie et au grignotage constant lié à son envie irrépressible de manger.

7.2.1.5. Helena, le malaise avec l'obésité

Helena, âgée de 35 ans, se sent très mal du fait de son obésité et surtout du regard des autres qu'elle sent méprisant et aussi en raison de la fatigue constante qu'elle ressent et qui l'empêche de vaquer à ses activités courantes – « *le corps ne réagit pas* ». Ayant une mauvaise image de soi, Helena affirme être en dépression et prend beaucoup de médicaments psychotropes. Elle se sent « *immobilisée* », ce qui serait, d'après elle, avec les médicaments, le motif de sa prise de poids. Elle considère que contrairement à la plupart des gens la dépression l'incite à manger, tout comme l'anxiété. À la suite de chaque crise d'anxiété elle dit avoir envie de manger et passe à l'action le plus souvent sans contrôle possible. Malgré sa relation réticente avec la nourriture et son désir de perdre du poids, Helena aime beaucoup manger car c'est un acte qui lui fait plaisir et qui produit chez elle un certain soulagement.

7.2.1.6. Sara, « *Plus je mange, plus j'en ai envie* »

Âgée de 50 ans, Sara attribue toute sa problématique liée à l'alimentation et au surpoids à l'anxiété, une expérience constante pour elle face aux problèmes quotidiens. Quand elle se sent anxieuse, Sara peut même « *manger sans le percevoir* » et sans avoir de contrôle sur ses prises alimentaires. Plus elle mange, plus elle a envie de manger jusqu'à se sentir « *pleine* », voire gavée. Les médicaments sont un moyen de la faire arrêter ou même de supprimer son envie de manger. Elle évite d'acheter de la nourriture car, lorsqu'elle voit celle-ci, elle ne peut pas se contrôler et mange sans avoir faim. Elle se reconnait comme une personne « *accro* » à la nourriture ; son désir actuellement est de pouvoir trouver un équilibre, petit à petit, grâce à une prise en charge nutritionnelle, psychologique et psychiatrique.

7.2.1.7. Laura, « *tout ce que je cherche je trouve dans l'alimentation* »

Agée de 34 ans au moment de l'entretien, Laura considère l'acte de manger comme une source de plaisir et de tranquillité. La nourriture serait le « *tout* » vers lequel tous ses sentiments se dirigent, autrement dit tout ce qu'elle ressent la conduit vers la nourriture. Même si elle signale une certaine positivité de l'acte de « manger », elle signale aussi le malaise engendré par la perte du contrôle alimentaire, situation souvent vécue : « *c'est quelque chose de plus fort, je peux pas dire non* ». Elle s'interroge sur la domination que la nourriture exerce sur elle. Pour arrêter le repas il faut, dit-elle, qu'elle sente un poids dans l'estomac ; manger lui semble un

essai pour compenser quelque chose mais elle ne sait pas bien de quoi il s'agit. Ses épisodes hyperphagiques se produisent souvent suite à des préoccupations et à l'anxiété que celles-ci provoquent ; ensuite, elle se dit triste et en état de culpabilité pour avoir trop mangé. Parmi ses préoccupations liées aux poids et à la prise alimentaire, Laura mentionne le malaise qu'elle éprouve avec son corps et la fatigue intense qui l'accompagne quotidiennement.

7.2.1.8. Monique, « *la solution est la nourriture* »

Âgée de 31 ans, Monique n'a pas vécu l'obésité pendant toute sa vie : pour elle c'est une expérience nouvelle. Elle raconte le sentiment d'étrangeté vécu au niveau corporel face au grand changement de son aspect et de la prise de poids ; elle s'étonne que 90% de sa journée soient occupés par des questions liées à son poids soit directement, soit indirectement. Elle ne se reconnaît pas dans son corps actuel, mais se dit heureuse quand elle est en train de manger. Pour autant, elle doute de la possibilité d'un bonheur induit par l'obésité et s'interroge souvent sur les raisons de ses actes hyperphagiques. L'acte de manger se présente comme la solution à ses problèmes, même si elle se sent triste ensuite en raison de son aspect corporel. Monique ne parvient pas à se contrôler et est attirée par la nourriture, pourtant elle ne se sent pas bien dans son corps : « *Avec 31 ans, ce n'étais pas comme ça que je voulais être* ». En outre, elle considère qu'elle ne se satisfait pas de la ration que mange une « *personne normale* » et se culpabilise du fait des excès alimentaires qu'elle commet. Elle trouve très difficile de ne pas manger, ce qui n'était pas le cas avant : « *Il est difficile de résister à ce désir* » dit-elle.

7.2.1.9. Paula, « *'manger' est le médicament dont j'ai besoin* »

Agée actuellement de 40 ans, Paula a commencé à grossir suite à la naissance de ses enfants et à l'anxiété qui a fait partie dès lors de son quotidien. Elle souffre de la pression qu'exercent sa famille et ses amis pour qu'elle se fasse maigrir et considère qu'il est très difficile de vivre dans une société qui ne valorise que les minces et estime que la minceur est la condition corporelle essentielle pour être heureuse. Elle se sent discriminée par les gens qu'elle rencontre. L'acte de manger est pour elle à la fois source de joie et de tristesse. Elle se dit incapable de maigrir car elle a essayé plusieurs méthodes sans succès et pense, suite à ces échecs répétés, avoir recours à la chirurgie. « Manger » fonctionne pour elle comme un médicament apparemment capable de résoudre ses problèmes, mais elle est gênée par l'envie de manger incontrôlable qu'elle ressent parfois. Il y a des moments où elle mange en cachette, il s'agit de

« *manger pour vivre* », affirme-t-elle alors ; après avoir mangé, elle se sent triste et incapable pour autant de se rendre compte qu'elle ne mange pas comme quelqu'un de « *normal* », qu'elle mange trop. Paula s'interroge sur la faim et sur la satiété en essayant de comprendre son expérience personnelle face à la nourriture. Elle décrit ses épisodes hyperphagiques comme une « force » intense qui la fait manger malgré elle, comme s'il y avait une autre personne en elle. Son désir actuel est de pouvoir accepter sa condition corporelle et de pouvoir mieux vivre.

7.2.1.10. Rebeca, « *tu te regardes et tu ne te vois pas, c'est moi* »

Après une grossesse tardive et la naissance de son fils, atteint du syndrome de Down (trisomie 21), Rebeca a eu une prise de poids très importante. En ne vivant que pour son fils, elle ne s'est pas rendu compte du changement de son corps. Lorsqu'elle a pris conscience de son aspect physique elle a réalisé qu'elle vivait dans un corps qu'elle ne reconnaissait pas comme le sien. Actuellement elle ne se voit pas dans ce corps, son corps actuel, et a besoin de retrouver son corps d'avant pour pouvoir être elle-même à nouveau. A 45 ans, Rebeca ne s'accepte pas telle qu'elle est devenue et souffre aussi du regard de la société qui considère toujours l'obèse selon des critères négatifs. Elle décrit les épisodes hyperphagiques comme les équivalents d'un désespoir, manger est une sorte de compensation apportant un moment de joie correspondant à la prise alimentaire mais par la suite, elle se culpabilise d'avoir trop mangé. Petit à petit Rebeca commence à avoir un peu plus de contrôle sur son alimentation et s'interroge souvent sur la différence qu'il y a entre avoir faim et avoir envie de manger.

7.2.2. Les catégories phénoménologiques

Comme dans l'analyse des entretiens réalisés en France, les entretiens brésiliens seront organisés en fonction de la façon dont l'expérience vécue par les patients a été dévoilée. Nous avons décidé d'organiser l'étude selon deux axes principaux : le premier autour de l'obesité et le deuxième autour du vécu hyperphagique.

7.2.2.1. L'être obèse : malaise, souffrance et (re)connaissance corporelle

En décrivant l'expérience d'être obèse, nous avons reconnu deux mouvements qui sont la base de notre analyse. Le premier se situe autour d'un malaise qui est vécu d'une part à partir du regard de la société et d'autre part du fait des limitations physiques en rapport avec l'obésité.

Le deuxième est centré sur le caractère parfois étrange du vécu corporel dans l'obésité et sur la question de la (non)acceptation du corps modifié ressenties.

7.2.2.1.1. Le malaise d'être obèse : le regard de la société et les limitations physiques

L'obésité produit un malaise ayant plusieurs sens et plusieurs origines. Pendant les entretiens à Fortaleza, les sujet-collaborateurs ont évoqué un malaise lié d'une part au regard de la société en relation avec leur apparence corporelle, d'autre part aux limitations physiques qu'ils ressentent. En ce qui concerne le malaise lié au regard de la société à l'égard de l'obèse, quelques sujets-collaborateurs ont abordé le préjugé et la discrimination dont ils souffrent constamment. Ils ont mis en évidence la façon souvent négative dont ils sont vus et jugés dans leur quotidien. Pour Rebeca, il y a une grande exigence de la société avec ceux qui sont « *hors norme* » :

> « *La société est très dure avec ceux qui sont en dehors de ses normes. Alors, un gros, lui, il est toujours la référence. Ah, c'est la troisième personne juste après le gros. Ah, tu vois ce gros-là ? C'est plus ou moins là-bas, oui, il est toujours le référentiel, c'est toujours le taxatif (...) pour moi, tout le monde me regarde. Pour moi, si je sors dans la rue, tout le monde commente : la grosse* »[1108]

Être obèse apparaît comme une marque souvent donnée par les autres et comme une possible référence à quelqu'un dont le poids dépasse le poids normal et qui ne peut pas se faire maigrir. Rebeca considère qu'il n'est pas possible d'être heureux si l'on est obèse. Une personne obèse serait, selon elle, au maximum « *résignée* » et pas heureuse : « *Je crois que lui (l'obèse) accepte déjà cette situation, surtout dans une société comme la nôtre pleine de préjugés et dure, que cela soit avec les enfants ou avec les personnes âgées* »[1109]. Même en faisant abstraction du préjugé de la société, il faut signaler que Rebeca considère avoir elle-même un préjugé sur elle quant à son aspect physique : elle dit « *Personne chez moi ne connaît mes préjugés envers*

[1108] « *A sociedade, ela é muito dura com quem é fora dos padrões dela. Então, o gordo ele é sempre a referência. Ah, é aquela terceira pessoa depois do gordo. Ah ta vendo aquele gordo ali? É mais ou menos ali, ele é sempre o referencial sim, é sempre o taxativo (...) Pra mim, todo mundo ta olhando pra mim. Pra mim, se eu saio na rua, todo mundo ta comentando : a gorda* ».

[1109] « *Eu acho que ele (l'obèse) é conformado, principalmente numa sociedade como a nossa totalmente preconceituosa e dura. Ela é preconceituosa e dura, desde as crianças até os idosos* ».

moi-même »[1110].

Paula aborde, de son côté, le désir d'être mince et, comme Rebeca, fait une association entre la minceur et le bonheur : « *c'est très difficile, je voudrais dormir trois jours de suite et me réveiller maigre. Pour moi, je serais la femme la plus heureuse du monde. J'ai même pensé que les maigres sont plus heureux. Je le crois* »[1111].

Le sujet est jugé sur son apparence et ses formes corporelles et aussi sur sa supposée incapacité de changer d'aspect d'où les préjugés sur l'excès pondéral. L'obésité est vue souvent par les autres comme un phénomène simple, facile à corriger. Ainsi, il y a un jugement préalable qui fait que l'on considère l'obésité comme une condition physique facile à surmonter ce qui n'est pas le cas. Paula souligne cette banalisation et cette simplification de l'obésité par les autres :

> « *Ce serait bien si la société voyait, regardait, n'est-ce-pas, les personnes grosses comme si ce n'était pas un problème. Ah, elle est grosse parce qu'elle veut. Parce que beaucoup de personnes croient qu'on est grosse parce qu'on veut, non ? (...) Alors, ce serait mieux comme ça, si les personnes ne nous regardaient pas avec mépris. C'est déjà si difficile d'être grosse, je le sens très difficile, et de savoir que les gens ont des préjugés* »[1112]

Elle signale encore que nous vivons dans une société qui valorise les minces et face à sa difficulté de perdre du poids, elle est arrivée au point de ne plus vouloir sortir de sa maison avant d'avoir maigri : « *Je suis arrivée à un point où je ne voulais pas sortir et de me dire que je ne sortirai que quand je serai maigre* »[1113]. Elle souffre du regard des autres qui la réduit à sa condition corporelle : « *Je me sens discriminée par les gens* »[1114], affirme-t-elle. On peut observer que le préjugé et la discrimination, au-delà de la souffrance qu'ils engendrent chez l'obèse, affectent aussi la façon dont celui-ci se voit et sa capacité à changer de comportements alimentaires. La société dans laquelle nousvivons qui isole et juge les obèses, fait que ces derniers ont tendance à se reconnaître sous ce biais et à perdre l'estime de soi.

[1110] « *ninguém da minha família sabe desse meu preconceito comigo mesmo* ».
[1111] « *é muito difícil, eu queria dormir três dias e acordar magra. Pra mim, eu seria a mulher mais feliz do mundo. Eu cheguei a pensar que os magros são mais felizes. Eu acho* ».
[1112] « *era bom que a sociedade visse, olhasse né pras pessoas gordas como, assim, que não fosse problema. Ah, é gorda porque quer. Porque muita gente acha que a gente é gorda porque quer, né? (...) Então, era bom assim, que não olhasse com desprezo. Já é táo difícil ser gorda, eu acho muito difícil, e saber que as pessoas têm preconceito* ».
[1113] « *eu cheguei num certo ponto de não querer sair e de dizer pra mim mesmo, eu só quero sair quando eu emagrecer* ».
[1114] « *eu me sinto discriminada pelas pessoas* ».

Claudia exprime, de son côté, la difficulté de sa relation avec le miroir et comment elle se sent discriminée et dérangée par son apparence :

> *« Des fois, je n'aime même pas me regarder dans le miroir, j''essaie de me voir sans vraiment me voir. Parce que c'est quelque chose qui me fait vraiment mal. Enfin, aujourd'hui à l'université, je me sens un peu, disons, discriminée, on vit beaucoup ça. Les personnes parlent, il y a la question du racisme dans tout ça. Les personnes ont toujours des blagues, les obèses y sont toujours (...) Aujourd'hui je me sens aussi très mal à l'aise avec mon apparence* »[1115]

Elle a utilisé le mot « *opprimée* » pour décrire ce qu'elle ressent en évoquant la persécution qu'elle vit en raison de son obésité.

Une telle discrimination a été vécue aussi par Joaquim mais dans son cas elle était plutôt liée à la perte de la « *mobilité* » :

> « *Ce qui m'a amené à chercher le CETRATA, maintenant après être adulte, a été surtout la mobilité (...) J'ai ressenti de la difficulté quand j'allais aux entretiens d'embauche, je sentais que je n'allais pas très loin quand l'histoire de poids était impliquée, et puis j'ai commencé à voir que j'étais écarté à cause de ma mobilité. (...) J'ai vu que j'étais en train d'être exclu par le poids* »[1116]

On voit que le malaise de Joaquim est en relation avec une dimension sociale liée au travail qu'il a des difficultés à atteindre du fait de la réduction de ses possibilités physiques. Sa condition physique est devenue un critère d'exclusion et quand il en a pris conscience il a cherché un traitement.

Helena et Laura rattachent aussi leur malaise, leur souffrance à leurs limitations physiques. « *Tout ce qu'on va faire nous fatigue très vite, n'est-ce pas ? Le corps ne réagit pas* »[1117], affirme Helena en abordant sa fatigue et « *Ce qui me dérangeait ce n'était pas tellement l'esthétique mais plutôt d'être mal à l'aise. Donc, j'ai pris 30 kg dans une période de temps d'environ un an* »[1118], signale Laura en reconnaissant que son malaise physique dépasse

---

[1115] « *eu nem gosto de me olhar no espelho às vezes, eu tento me ver sem enxergar. Porque é uma coisa assim que maltrata. Então assim, hoje na Universidade, eu me sinto, assim, um pouco discriminada, a gente vive muito isso. As pessoas falam, a questão do racismo de tudo isso. Sempre as pessoas têm uma piada, sempre o gordo ta no meio (...) Hoje eu também me sinto bastante incomodada com minha aparência* ».

[1116] « *O que me levou a procurar o CETRATA agora depois de adulto foi principalmente a mobilidade (...)eu senti a dificuldade quando eu ia pras entrevistas, sentia que eu não ia muito adiante, quando envolvia essa historia de peso e tal, ai eu comecei a ver que estava sendo descartado em função da minha mobilidade.* (…) *eu vi que realmente eu tava sendo excluído pelo peso* ».

[1117] « *Tudo que a gente vai fazer a gente cansa logo, né? O corpo não reage* ».

[1118] « o que tava me incomodando, não é tanto a estética e sim o desconforto. Assim, eu aumentei 30kg num espaço de tempo de um ano mais ou menos ».

celui lié à l'apparence. Il s'agit ici d'un malaise qui renvoie aux difficultés quotidiennes dues à un poids excessif.

7.2.2.1.2. « *Être moi-même à nouveau* » : étrangeté et (non)acceptation corporelle

L'obésité a été décrite par les sujets-collaborateurs brésiliens comme une expérience corporelle qui peut sembler étrange et difficile à accepter par ceux qui l'éprouvent. Monique affirme ne pas se reconnaître dans son corps :

> « *Je me regarde dans le miroir, je ne me reconnais pas, ce n'est pas moi. Et plusieurs fois je ne m'aperçois que je suis (grosse) que lorsque je vois une photo. J'ai atteint la limite d'avoir 105kg et souvent on se sabote, on se trompe, on achète un habit plus large et on suis comme ça, on continue à manger encore et encore. Puis quand on se voit dans une photo ce n'est pas toi là-bas, ce n'est pas toi, c'est une autre personne totalement différente* »[1119]

Pour qu'elle puisse se reconnaître dans son corps il a fallu qu'elle le voit autrement et c'est à travers une photo qu'elle l'a objectivé. Son corps n'était pas vécu comme un corps obèse et elle a adopté des stratégies pour se maintenir loin de lui. Il s'agit d'un corps étrange, différent de celui auquel elle était habituée. Monique signale ici la distance, voire le déséquilibre, entre le corps qu'elle a comme objet et celui qu'elle vit comme sujet. Le vécu corporel n'accompagne pas, d'une certaine façon, les changements « imposés » au corps face à son inachèvement et à sa vulnérabilité.

Rebeca raconte son processus de prise de poids et son étonnement lorsqu'elle s'est rendu compte qu'elle avait pris beaucoup de poids :

> « *Je crois que j'ai grossi d'environ 40kg. Je ne me suis pas rendu compte que je grossissais. (...) ce jour-là c'est comme si on avait retiré une bande de mes yeux. Je m'ai vu(e) et je ne me suis pas reconnu(e). Je me rappelle que j'ai beaucoup pleuré ce jour-là. (...) Quand je m'ai vu(e) et que j'étais si grosse, c´était comme si j'avais ma tête sur un autre corps, ce jour-là c'était un choc pour moi* »[1120]

[1119] « *Me olho no espelho, não me reconheço, não sou eu. E muitas vezes eu só vou me dar conta de como eu estou quando eu saio numa foto. Eu cheguei ao limite de estar pesando 105kg e muitas vezes a gente se sabota, se engana, compra uma roupa mais frouxa e vai levando, e vai levando, e vai comendo, e vai comendo. Ai quando você se vê numa foto não é você ali, não é você, é uma pessoa totalmente diferente* ».

[1120] « *eu acho que eu engordei uns 40kg. Não tive a noção que eu tava engordando. (...) nesse dia, é como se tivessem tirado uma venda dos meus olhos. Eu vi e não me reconheci. Eu lembro que eu chorei muito la. (...)Quando eu me vi, e me vi daquele tamanho, era como se fosse a minha cabeça em outro corpo, nesse dia pra mim foi um choque* ».

Se voir et ne pas se reconnaître sont source de souffrance pour Rebeca. Ce corps qu'elle a vu n'était pas vraiment reconnu comme le sien. Dans un moment d'émotion elle affirme : « *Je vous prie pour l'amour de Dieu de me donner une chance, car j'ai besoin d'être à nouveau moi-même* »[1121]. Rebeca n'est pas, d'une certaine façon, ce corps dans lequel elle est emprisonnée. Elle ne s'identifie pas avec lui et essaie désespérément de revenir à une condition antérieure. Les changements corporels, la prise de poids, l'ont conduite vers cet « autre corps » étrange, indésirable et dont elle doit sortir. De façon très incisive, Rebeca se refuse à accepter son corps : « *Je ne m'accepte pas grosse, je n'accepte pas d'acheter des vêtements pour moi, je n'accepte pas de me regarder dans le miroir, je n'accepte pas d'aller à la plage, tout simplement je n'accepte pas* »[1122].

La question de l'acceptation du corps nous paraît un sujet important qui touche les sujet-collaborateurs. Dans le cas de Rebeca, comme nous l'avons montré, sa non acceptation est une source de souffrance et de fermeture au monde. Après avoir grossi sans s'en rendre compte dans un corps silencieux, elle ne peut pas être ce corps qui s'est présenté à elle tout d'un coup. Si sa non acceptation de ce corps la conduite vers la recherche d'une prise en charge, l'exigence d'un changement face à ce corps inacceptable rend l'expérience de l'obésité très difficile à vivre.

Paula, contrairement à Rebeca, exprime son désir de s'accepter telle qu'elle est :

> « *Je voudrais au moins m'accepter. Ma famille ne sait pas que je suis si révoltée avec moi-même. Ils croient qu'il y a des problèmes plus difficiles, comme j'ai trois enfants et que je prends soin d'eux toute seule, ils trouvent que je ne réussirai pas ; quelques fois je leur dit qu'il s'agit d'un autre problème. Ils disent souvent que le problème c'est moi, que je suis grosse parce que je veux. Enfin, je voudrais au moins m'accepter* »[1123].

S'accepter pour Paula serait une façon de moins souffrir de son obésité. Son récit montre une certaine tendance de sa famille à réduire l'obésité à une problématique simple.

Nicolas, de son côté, a mis un certain temps pour se reconnaître comme obèse. Ce sont les difficultés physiques qui lui ont permis de percevoir sa condition d'obèse :

[1121] « *peço pelo amor de Deus que me dê uma chance que eu preciso voltar a ser eu* ».
[1122] « *Eu não me aceito gorda, eu não aceito comprar roupa pra mim, eu não me aceito me olhar no espelho, eu não aceito ir pra uma praia, eu não aceito* ».
[1123] « *eu queria ao menos me aceitar. A minha família não sabe que eu sou tão revoltada comigo mesmo. Eles acham que tem problemas piores, como tenho três filhos e cuido deles sozinha, acham que não vou conseguir, às vezes até digo que é outro problema. Eles já dizem tanto que o problema sou eu, que sou gorda porque eu quero. Então assim, eu queria pelo menos me aceitar* ».

> « *Au début, je ne me croyais pas obèse, je pense que j'avais un sorte de trouble de perception. Je ne pensais que j'étais vraiment gros, je me trouvais plutôt fort, c'est ça, je me trouvais fort. Je pense que quand le taux d'obésité a vraiment augmenté, après plusieurs étapes, là finalement j'ai commencé à sentir de la difficulté à dormir, à respirer, j'ai commencé à avoir de problème d'hypertension, j'ai remarqué que n'importe quel mouvement que je faisais était plus lent, je ressentais des douleurs dans les articulation, c'est là donc que je me suis aperçu que j'étais vraiment obèse* »[1124]

Il considère qu'il est important de s'accepter pour pouvoir se voir réellement et rendre l'accès au traitement plus facile : « *C'est bien plus facile quand on s'accepte, quand on se voit* »[1125]. Pour lui, il y a eu un long parcours jusqu'à « *vous vous accepter vraiment, jusqu'à chercher de l'aide, savoir qu'il s'agit d'un trouble, que vous avez besoin d'aide, que vous n'arriverez pas tout seul non plus* »[1126]. Accepter sa condition d'obèse a été le moyen pour lui de reconnaître qu'il avait besoin d'aide.

7.2.2.2. Vers l'acte de manger hyperphagique dans l'obésité

Il nous paraît essentiel de centrer notre réflexion sur l'acte de manger hyperphagique dans l'obésité et, pour cela, nous distinguerons trois sous-catégories. La première abordera la question de l'anxiété et de sa possible relation avec l'expérience hyperphagique. La deuxième présentera comment les sujets-collaborateurs brésiliens interprètent le rôle, parfois central, de l'acte de manger. La troisième analysera ce que les patients considèrent comme un excès alimentaire et comme une perte de contrôle à partir des expériences vécues lors d'une hyperphagie.

7.2.2.2.1. L'anxiété et l'expérience hyperphagique

Lorsqu'ils décrivent l'expérience de « manger », une partie des sujet-collaborateurs à Fortaleza ont évoqué la relation entre l'anxiété et l'expérience hyperphagique. Le mot anxiété

[1124] « *No início, eu não me considerava obeso, acho que eu tinha tipo um transtorno de percepção. Eu não me achava realmente gordo, achava que eu era forte, me achava forte. Acho que quando foi realmente crescendo o índice de obesidade, várias etapas, aí sim que eu comecei a sentir dificuldade de dormir, dificuldade de respirar, comecei a ser hipertenso, qualquer movimento que eu fazia notava que era mais lento, sentia dores nas articulações, aí foi que eu percebi que eu tava realmente obeso* ».
[1125] « *É bem mais fácil quando a gente se aceita, quando se enxerga* ».
[1126] « *você realmente se aceitar, até procurar ajuda, saber que é um transtorno, que você precisa de ajuda, que você não consegue sozinho também* ».

a été utilisé plusieurs fois, pas forcément dans un sens strictement psychopathologique mais plutôt lié à une expérience qui produit angoisse, inquiétude et nervosité. Claudia affirme manger en fonction de l'anxiété :

> « *Je mange plutôt à cause de l'anxiété que parce que j'ai faim. La faim vraiment, ah, j'ai meurs de faim, non, je mange à cause de l'anxiété, pas parce que j'ai faim. Pour vraiment remplir quelque chose (...) mon problème est réellement l'anxiété, si je suis vraiment anxieuse, alors j'ai envie de manger. C'est comme si c'était un sédatif, un anxiolytique, je mange et je me calme (...) Après je me culpabilise, j'ai un petit sentiment de culpabilité, mais au moment où je mange c'est comme si je remplissais un vide que je ne sais pas expliquer au juste, n'est-ce pas ?* »[1127].

Manger pour remplir « *quelque chose* » dit-elle, un certain vide qui parfois ne peut pas être tout à fait rempli ; tout cela est dû, à son avis, par ce qu'elle nomme anxiété. L'acte de manger joue pour Claudia le rôle de sédatif, d'anxiolytique même si après elle se culpabilise. On peut se poser la question sur les raisons du recours à la nourriture et non à un autre moyen pour camer l'anxiété. On observe qu'il y a un changement du statut de l'acte de manger qui n'est plus visé comme un recours contre la faim, comme un moyen social ou encore comme une source de plaisir direct mais comme un apaisant de l'anxiété dans un essai de combler le vide ressenti.

Helena situe aussi son expérience hyperphagique en fonction de l'anxiété : « *Je crois que c'est dû à l'anxiété. Quelques personnes arrêtent de manger ; dans mon cas je mange beaucoup* »[1128] . Il s'agit de son mode particulier de faire face à l'anxiété. Elle ajoute : « *Je pense que c'est l'anxiété, la nervosité qui me fait manger plus. Je suis très anxieuse. Je ressens la poitrine serrer, le cœur accélère comme s'il était en train de se fermer jusqu'à la gorge. Et après ces crises, je deviens nerveuse et j'ai envie de manger* »[1129].

Sara rapporte le changement que l'anxiété entraine dans sa façon de manger : « *L'anxiété me fait manger sans m'apercevoir ; sans vraiment me rendre compte. Alors si je n'ai pas d'aide, si je ne prends pas le médicament pour arrêter un peu plus avec cette anxiété, je mange exagérément, puis sens que j'ai trop mangé* »[1130]. Elle considère vraiment l'anxiété

[1127] « *Eu como mais por ansiedade do que por fome. Propriamente a fome, ah tô morrendo de fome, não, eu como por ansiedade, não porque eu tô com fome. Pra realmente preencher algo (...) o meu problema é realmente a ansiedade, se eu me sentir muito ansiosa, então eu quero comer. É como se fosse um calmante, um ansiolítico, eu como e me acalmo* (…) *Depois eu me culpo, eu tenho assim um sentimentozinho de culpa, mas naquele momento é como se preenchesse um vazio que eu não sei te explicar o que é, né?* ».

[1128] « *acho que é devido a ansiedade. Algumas param de comer, no meu caso eu como muito* ».

[1129] « *Eu acho que a ansiedade, o nervosismo faz eu comer mais. Eu sou muito ansiosa. O peito aperta, o coração acelera como se tivesse fechando até a garganta. Ai depois de eu ter essas crises, ai eu fico nervosa e quero comer»*.

[1130] « *a ansiedade faz com que eu coma sem eu perceber, sem eu perceber mesmo. Ai se eu não tiver ajuda, se não tomar o medicamento pra poder parar mais com essa ansiedade, eu como exageradamente, ai depois tô toda cheia* ».

comme la cause de son épisode hyperphagique et le médicament comme le seul moyen de l'empêcher. Il nous faut remarquer aussi le fait qu'elle mange sans s'en apercevoir. Elle se trouve dans une dynamique de laquelle elle ne peut pas sortir, du moins pour l'instant. Elle constate qu'il y a des personnes qui, face à l'anxiété ne peuvent pas manger, alors que cela se passe de façon opposée dans son cas : « *Moi non, plus je mange, plus j'ai envie de manger, plus je mange, plus ça me donne envie. (...) Si j'ai de l'anxiété là-bas et que j'ai, vous savez ? Alors moi, ça suffi, j'y vais, j'y vais (manger)* »[1131]. On peut observer l'absence de limites dans l'immersion « dans » la nourriture nécessitée par l'envie de manger.

Pour finir nous évoquerons l'expérience de Laura qui affirme : « *Quand j'ai des soucis, de l'anxiété, que je suis nerveuse, j'arrive pas à me contrôler* »[1132]. La perte de contrôle est associée ici à des situations difficiles, à de mauvaises expériences dit Laura. Il est important de souligner un élément du langage utilisé. On a pu observer l'usage, de la part de Laura et des autres participants, des mots « nerveux » et « préoccupation » comme synonymes d'anxiété. Associés à l'anxiété ces mots courants dans le langage populaire sont de plus en plus souvent remplacés par le terme anxiété selon un usage plus lié au savoir médical. Notre question ici n'est pas d'évaluer la présence ou non de l'anxiété ou même de son intensité mais, à partir du moment où elle est évoquée pendant les entretiens, d'établir la relation entre l'anxiété et l'expérience hyperphagique.

7.2.2.2.2. « *Tout dans la nourriture* » : le(s) rôle(s) de l'acte de manger

L'acte de manger occupe différents rôles dans la vie de nous tous alors que dans le cas des sujets interviewés, « manger » est placé au centre de leur vie, ce qui va bien au-delà du comportement pluriquotidien habituel assurant la survie avec un peu de plaisir et dépasse largement le sens nutritionnel. Dans cette sous-catégorie nous explorerons le(s) rôle(s) de l'acte de manger décrit par les sujets-collaborateurs brésiliens.

Pour Laura, c'est dans la nourriture qu'elle peut « tout » trouver : « *Tout ce que je cherche, je le trouve dans la nourriture. Si je suis nerveuse, si j'ai des problèmes, je cherche à manger ; si je me sens faible, je cherche à manger ; si je suis heureuse, je cherche aussi à manger, tout est dans la nourriture* »[1133]. Ce qu'elle dit montre l'importance de la nourriture

[1131] « *Eu não, quanto mais eu como, mais vontade eu tenho, quanto mais eu como mais vontade eu tenho.* (...). *Se eu tiver uma ansiedade ali e eu tiver, sabe? Ai eu, pronto, ai eu vou, eu vou* ».
[1132] « *quando eu tenho alguma preocupação, alguma ansiedade, algum nervoso, eu não controlo* ».
[1133] « *Tudo que eu busco, eu encontro na alimentação. Se eu tenho algum nervoso, algum problema, eu procuro comer, se eu me sinto fraca, eu procuro comer, se eu estou feliz, eu vou comer também, tudo na comida* ».

dans sa vie. Il s'agit d'un véritable recours constant et indispensable, - toujours en lien avec ce qu'elle ressent, une source de plaisir, même si elle a souvent une certaine difficulté à ressentir ce plaisir, - qui lui permet de combattre tout malaise et qui constitue pour elle une espèce d'abri.

Maria considère qu'en mangeant elle se sent plus tranquille, c'est comme une façon, dit-elle, de « *me libérer de quelque chose, mais je ne savais pas vraiment quoi. Je mangeais pour moi, je me sentais bien, n'est-ce pas, et je pleurais tout le temps, sans arrêt, je me sentais toute seule, méprisée, abandonnée (...) je pensais que c'était un refuge* »[1134]. Il nous semble que, dans ce cas, l'acte de manger permet de faire face à la souffrance et apparaît comme un refuge où la patiente peut se sentir plus sûre d'elle-même. Cependant, Maria signale une souffrance laquelle est liée aussi au « manger » : « *J'ai commencé à manger ; à manger : à manger ; j'ai fermé le monde pour moi, puis la souffrance a commencé. (...) Je pensais qu'en mangeant tout le temps j'allais résoudre ma vie* »[1135]. Le rôle de l'acte de manger est devenu tellement central que ce rôle, - qui d'une certaine façon était positif pour autant qu'il lui permettait de « *se libérer de quelque chose* » - , a pris la forme d'une fermeture au monde. Le recours constant à l'acte de manger s'est montré pour Maria comme une source de souffrance et donc son rôle de refuge a perdu de son efficacité : il est devenu insuffisant : « *C'était plutôt l'acte de manger ; je ne le sentais pas. C'était comme si je mettais un tas d'habits dans les vêtements sales , les jetant »*[1136].

Dans le cas de Claudia, qui met bien en évidence son anxiété, l'acte de manger est aussi un « tout » capable de remplacer les mauvaises expériences ou même de satisfaire ses désirs : « *Le 'manger' pour moi c'est un refuge. Si je suis triste je mange, si j'ai peur je mange, si je suis seul(e) je mange, je me sers toujours de la nourriture, principalement du soda* »[1137] . Il s'agit d'« *un refuge, d'une fuite. C'est comme si là je réussissais à satisfaire mes désirs »*[1138]. « Manger » est l'événement convoqué par elle, une manière de satisfaire ses désirs à travers une fuite dit-elle, c'est sa façon de (ré)agir. Elle cherche une réponse à tout ce qu'elle ressent et trouve dans l'acte de « manger » un refuge possible et donc la réponse qui lui convient.

[1134] « *me libertar de alguma coisa, so que eu não sei o que era. Eu comia pra mim, eu estava me sentindo bem, ne, e chorava direto, chorava direto, direto, me sentia sozinha, desprezada, abandonada* (*…) eu pensava que era um refúgio* ».

[1135] « *Eu comecei a comer, comer, comer, fechei o mundo pra mim, aí começou o sofrimento.* (...) *Eu achava que comendo, comendo, comendo, ia resolver a minha vida* ».

[1136] « *Era mais a coisa de comer, não sentia não. Era como se colocasse um monte de roupa na roupa suja, jogando* ».

[1137] « *o comer pra mim é um refúgio. Se eu tô triste eu como, se eu tô com medo eu como, se eu tô só eu como, tudo eu desconto na comida, principalmente no refrigerante* ».

[1138] « (...) *um refúgio, é uma fuga. Como se ali nela eu conseguisse saciar os meus desejos* ».

Monique, pour sa part, souffre beaucoup de l'obésité acquise après un certain âge et semble ne pas comprendre ce mouvement inadéquat qui la pousse vers la nourriture alors qu'elle sait présenter un surpoids qu'elle considère comme l'une de sources de sa souffrance :

> « *Tout à coup on se réveille et on trouve que rien ne marche, que rien ne marche pas du tout et ça t'enfonce de plus en plus et qu'est-ce qu'on fait ? Et tu sais ce que je fais avec ce sentiment de rage ? À la place de me réveiller et d'essayer de changer, je mange, je mange. (...) vivre avec ça ce n'est pas bon, c'est comme ça, ça me cause une tristesse, ça me décourage, et je me sens plus mal parce que au lieu d'essayer de changer la situation je mange encore plus* »[1139].

Plus elle se trouve immergée dans ses problèmes, plus la nourriture se présente comme la solution : « *La solution est la nourriture* »[1140], affirme-t-elle. Cette solution « illusoire » est utilisée immédiatement, selon un acte impulsif : l'envie de manger irrépressible qu'il faut assouvir. En dehors de l'immédiateté de l'acte, on constate que ces sujets reconnaissent qu'ils sont, d'une certaine façon, habitués à ce mouvement vers l'acte de manger dans le sens d'une direction qu'ils ont souvent prise. Autrement dit, ils reconnaissent leur mode d'être particulier vis à vis du « manger » et même ils sont capables de l'associer à d'autres situations qui traversent aussi l'acte de manger. Malgré cela, ils se montrent incapables d'empêcher ce mouvement intense conduisant à une perte de liberté qui marque l'expérience psychopathologique de l'hyperphagie. Ce « tout » de l'expérience hyperphagique dépasse le choix du sujet et renforce, de façon parfois excessive, le rôle du manger dans la vie de cui-ci.

Une phrase de Paula est particulièrement intéressante ; elle dit : « *Quand je suis en train de manger je me sens la personne la plus heureuse au monde* »[1141]. En prenant cette phrase de façon isolée, il est difficile de comprendre son vrai sens. Par contre si l'on rattache l'importance de l'acte de manger à la condition du bonheur et si l'on continue l'entretien, on constate qu'il ne s'agit pas d'un bonheur lié seulement au plaisir du moment (être à table et manger) ou d'un attachement à une nourriture particulière ou même au sens social d'un repas partagé avec les proches, en fait pour elle « manger » fait partie d'un « combat » quotidien (assimilé à un médicament) pour mieux vivre, peut être même simplement pour vivre (allusion à l'essence d'une voiture) :

[1139] « *Um belo dia você acorda e você ta achando tudo ruim, ta tudo péssimo e isso te afunda mais e mais e o que é que você vai fazer? Sabe pra onde vai minha raiva? Ao invés de eu levantar e tentar mudar, eu vou comer, eu vou comer.* (...) *conviver com isso não é bom, é assim, me causa uma tristeza, me causa um desânimo, e eu me sinto pior porque ao invés de tentar mudar a situação eu vou comer mais ainda* ».

[1140] « *A solução é a comida* ».

[1141] « *eu tano comendo eu sou a pessoa mais feliz do mundo* ».

> « *Manger est un médicament dont j'ai besoin, tu sais ? C'est tellement vrai que quand le médecin a suspendu la nourriture, quand il m'a ordonné de faire une rééducation alimentaire, je me suis dit qu'on m'a pris ce que j'aime le plus dans ma vie que c'est de manger. C'est comme de l'essence, la voiture ne marche qu'avec de l'essence* »[1142].

Paula place donc l'acte de manger comme quelque chose d'essentiel, de vital puisque c'est ce qui lui permet de vivre : « *d'un certain temps à ici, je vois comme le principal. C'est de manger pour vivre* »[1143]. Manger lui donne l'impression de pouvoir résoudre ses problèmes mais cet acte est suivi de la tristesse résultant du fait d'avoir trop mangé.

Rebeca estime que la nourriture est quelque chose qui a un rôle de compensation :

> « *Le rôle de compensation, c'était le moment de joie que j'avais, même si après je ressentais la culpabilité, le regret, la rage, mais le moment où j'y étais, où j'ai mangeais, et avant de manger je me disais tout le temps, je veux manger, je veux manger, je veux manger* »[1144].

Immergée dans ses problèmes, l'acte de manger est la voie, et probablement la seule possible pour elle à cet instant, pour essayer de compenser tout ce qu'elle est en train de vivre avec difficulté.

On peut observer qu'il y a une centralité de l'acte de manger qui est liée au rôle qui lui est attribué et aux effets qu'il peut produire, en particulier celui de remplir un vide, de remplacer ou au moins d'éloigner les problèmes, de produire un peu de plaisir, etc., comme cela est bien décrit par les participants à la recherche. « Manger » a ici un sens large et un effet assez puissant. Cette centralité apparaît comme une condition de possibilité du vécu hyperphagique pour autant qu'elle déplace l'acte de manger, qui devient ce « tout », et l'institue dans un excès. L'hyper ne concerne pas ici que la quantité de nourriture mais aussi parfois, et même surtout, le rôle central de l'acte de manger qui donne une configuration spécifique à ce mode d'être-au-monde.

[1142] « *comer é o remédio que eu preciso, entendeu? É tanto que quando o médico tirou, fez a reeducação alimentar, eu fico pensando tiraram o que eu mais gosto da minha vida que é comer. É como se fosse uma gasolina, o carro só funciona através da gasolina* ».

[1143] « *de um certo tempo pra cá eu vejo como o principal. É comer pra viver* ».

[1144] « *O papel de compensação, era o momento de alegria que eu tinha, nem que depois viesse a culpa, o arrependimento, a raiva, mas na hora que eu tava, que eu comia, e antes de eu comer eu ficava assim com aquela, quero comer, quero comer, quero comer* ».

7.2.2.2.3. « *Je ne peux pas me laisser dominer par une assiette de nourriture* » : l'excès et la perte de contrôle

Lorsque l'on a interrogé les sujet-collaborateurs à Fortaleza sur l'expérience de manger, ils ont cité l'excès et la perte de contrôle des prises alimentaires comme marques de leur quotidien alimentaire et comme signes de leur expérience hyperphagique. Claudia se dit « *compulsive* », ce qui signifie pour elle « *Ne pas avoir le contrôle* ». Elle décrit toute son impuissance face à la perte de contrôle par rapport au « manger » :

> « *Pour moi c'est comme si je n'avais pas de contrôle. Même si je ne voulais pas, si je n'en avais plus besoin, je n'ai pas le contrôle pour dire non, je n'y arrive pas. C'est comme si ça m'était imposé, c'est comme si je ne pouvais pas décider. Alors, je pense que compulsion c'est ça* »[1145].

On observe la perte de liberté de Claudia qui se montre incapable de prendre une décision effective, celle de mettre fin à l'ingestion exagérée d'aliments. L'expérience hyperphagique lui est imposée sous la forme de ce qu'elle nomme « compulsion » et se caractérise par la perte de contrôle liée à l'impossibilité d'un vrai choix. Elle a conscience de ce qu'elle fait ou même de ce qu'elle ne devrait pas faire mais elle ne peut pas se contrôler et de ce fait se culpabilise :

> « *Je suis consciente que je ne devrais pas faire ça, mais je me sens coupable parce que je n'arrive pas à me contrôler, car je sais que ce n'est pas bon, j'en suis consciente, mais je me sens coupable de ne pas me contrôler. Je sais que je suis capable de ne pas boire, de ne pas ingérer, de ne pas manger, je sais que ça dépend de moi et je sais que je suis capable, mais je n'arrive pas à le faire. Je ne le fais pas. Comme je t'avais dit, j'ai pris du poids tout au longs des dernières années, mais je pourrais aussi les avoir perdus. J'associe à cela, au manque de contrôle* »[1146].

Claudia assume son rôle actif dans l'acte de manger et attribue sa prise de poids à la perte de contrôle des prises alimentaires. Elle tient un discours qui, d'une part, place son expérience

[1145] « *Pra mim é como se eu não tivesse controle. Por mais que eu não quisesse, que eu não tivesse a necessidade, eu não tenho controle de dizer não, eu não consigo. É como se me fosse imposto, é como se eu não pudesse decidir. Então, eu acho que compulsão é isso* ».

[1146] « *Eu tenho consciência de que eu não deveria fazer, mas eu tenho a culpa de que eu não consigo me controlar, porque eu sei que não é bom, eu tenho consciência de saber que não é bom, mas eu me culpo por não me controlar. Eu sei que sou capaz de não tomar, de não ingerir, de não comer, eu sei que parte de uma decisão minha e eu sei que eu sou capaz, mas eu não coloco em prática. Não coloco em prática. Como eu disse, eu ganhei peso ao longo de muitos anos, mas eu poderia também ter perdido. Associo a isso, à falta de controle* ».

dans un cadre psychopathologique et, d'autre part, met en évidence son rôle et sa capacité à reprendre le contrôle de sa vie et de son alimentation.

Nicolas utilise aussi le mot compulsion pour décrire son expérience :

> « *Je mangeais compulsivement, je n'avais pas de contrôle (...). Tout ce que j'ai cuisinais je mangeais, tout ce que je décidais de préparer je mangeais, je ne pouvais pas voir la nourriture. Je ne pouvais pas la voir, je n'étais jamais satisfait. (...) C'était tout le temps, il n'y avait pas une heure précise pour manger. Ce n'est pas tellement la quantité, mais plusieurs fois, des petites portions* »[1147]

Manger compulsivement signifie pour Nicolas aller constamment vers la nourriture. On constate ici l'importance « du voir » comme point de départ de l'action (il voit la nourriture puisqu'il travaille en cuisine) associée à l'absence de satiété. Son envie d'« *être en train de manger* » dépasse l'aliment en soi-même et se présente comme une habitude : « *c'était une chose si naturelle, ça faisait partie de ma routine il y a longtemps* »[1148] ; il est habitué à manger tout ce qu'il prépare dans la cuisine, tout ce qu'il voit mais sans pour autant le voir vraiment. Autrement dit, le « voir » l'incite à manger mais il ne s'en rend compte qu'il a mangé que lorsqu'il ne reste plus rien à ingérer : « *Je mangeais tout ce que je voyais, quand ça finissait, là je voyais* »[1149].

Laura ressent un malaise dans la mesure où elle se sent contrôlée par la nourriture, par un plat qu'elle ne peut pas rejeter :

> « *Je me sens mal, non ? Un malaise, parce que je me demande comment est-ce qu'un petit plat peut-il contrôler un adulte, non ? Une nourriture (...) c'est quelque chose de plus fort, je n'arrive pas à dire : je ne veux pas. Parce que je peux le refuser mais il y a des moments où je n'y arrive pas, c'est plus fort que moi* »[1150]

Pour elle, la nourriture, qui a le pouvoir de lui faire perdre le contrôle des prises alimentaires, est responsable de son état. Il s'agit d'une chose qui la dépasse et qui est plus forte qu'elle : sa volonté est sans effet.

[1147] « *eu comia compulsivamente, eu não tinha controle (...) Tudo que eu preparava eu comia, tudo que eu resolvia preparar eu comia, não podia ver comida. Não podia ver comida, não me saciava. (....) Era todo momento, não tinha hora pra comer. Não é nem tanto em grande quantidade, mas várias vezes, pequenas porções* **».**

[1148] « *uma coisa tão natural, já tava na minha rotina a muito tempo* ».

[1149] « *eu comia o que eu via, quando acabava, ai sim eu via* ».

[1150] « *Eu me sinto mal, né? Um mal-estar, porque assim, eu fico pensando, como é que um pequeno prato consegue controlar uma pessoa já adulta, né? Uma comida. (...)é algo mais forte, eu não consigo dizer, não, eu não quero. Porque eu posso rejeitar e tem hora que eu não consigo, é mais forte do que eu* ».

Dans un sens proche, Monique met en évidence aussi le fait d'être dominée par un plat : « *Je ne peux pas me laisser dominer par une assiette de nourriture* »[1151].

Le discours des patients montre bien, à notre avis, qu'ils ne sont plus sujets de leur action, de l'acte de manger mais qu'ils se sentent dominés et obligés d'obéir ; l'envie de manger leur paraît distante face à la domination exercée par la nourriture. Ce sens est encore plus présent dans les mots qu'emploie Paula : « *Je ne mange pas parce que je veux, c'est une force si grande que c'est comme si c'était quelqu'un d'autre. Parfois, je suis en train de manger, ah, je ne vais manger que la moitié, mais quand je me rends compte j'ai déjà tout mangé* »[1152]. Avoir la sensation que c'est une autre personne qui mange c'est une perception de l'action étrange dans le sens où la patiente ne peut plus se reconnaître ; c'est une action presque sans sujet due à l'immersion dans l'acte de manger qui entraîne le refus même de la perception.

Paula a décrit une situation où elle a mangé « *cachée de moi-même* »[1153] : « *J'ai dit : je vais faire semblant qu'il est 3h, tu comprends ? Je vais faire semblant qu'il est 3h, que c'est l'heure du goûter, je vais faire semblant qu'il est 3h et là je mange à nouveau* »[1154]. On observe ici l'envie de manger et un mouvement pour essayer d'anticiper l'acte de manger, ce qui va à l'encontre de son incapacité à ressentir la faim puisqu'elle dit ne pas sentir la faim, ne pas avoir faim :

> « *Je ne peux pas sentir la faim. Je n'ai pas faim. Je pense que si j'ai faim je commence tout de suite à trembler. J'ai envie de manger, le besoin, tu comprends ? (...) je sens comme ça, un envie si grand que personne ne m'en empêche, je me sens mal, ça me stresse trop, et ce n'est pas* bon »[1155].

On peut se demander si Paula ne sent vraiment pas la faim ou si elle mange avant d'avoir faim, poussée par l'envie de manger. Il nous semble que cette envie de manger dépasse, d'une certaine façon, la faim et produit une action incontrôlable. Il ne s'agit pas, selon la patiente, d'une action réfléchie : « *Enfin, c'est incontrôlable, ah je vais manger, je pourrais bien y réfléchir avant, j'ai besoin de manger ça maintenant ? Je n'y pense qu'après avoir mangé* »[1156].

[1151] « *Eu não posso me deixar dominar por um prato de comida* ».
[1152] « *eu não como porque eu quero, é uma força tão grande que parece que é outra pessoa. Às vezes eu tô comendo, ah, vou comer só a metade, quando eu vi já comi tudo* ».
[1153] « *escondida de mim mesma* ».
[1154] « *Eu disse, eu vou fingir que é agora 3h, entendeu? Eu vou fingir que é 3h, que é a hora do lanche da tarde, eu vou fingir que é 3h e quando for 3h eu vou comer de novo* »
[1155] « *eu não consigo sentir fome. Eu não sinto fome. Acho que se eu sentir fome eu começo logo a me tremer. Eu sinto vontade de comer, a necessidade, entendeu? (..) eu sinto assim, uma vontade tão grande que ninguém me impede, eu fico até chateada, me stressa demais, e não é bom* ».
[1156] « *Tipo, é incontrolável, ah eu vou comer, eu poderia bem pensar antes, eu tenho que comer isso agora ? Eu só penso depois que eu comi* ».

Rebeca a décrit de façon détaillée son expérience avant, pendant et après l'acte de manger :

> « *Avant il m'arrive une envie folle, un désir, j'ai besoin, je veux, mange, mange, ça ne va pas te faire de mal, mange, alors je me levais et je prenais de la nourriture. Puis j'ai mangé un morceau, en regardant un chocolat, un petit morceau de 100 g, je le mangeais si désespérément que je pense que même pas deux secondes après j'avais envie d'en manger un autre, alors j'avais envie, j'avais envie d'en manger un autre. Le moment où on le met dans la bouche la sensation est merveilleuse, une sensation d'extase, mange, mange, c'est bon, c'est délicieux. Je mangeais, je mangeais, je mangeais. Quand je me rendais compte, il n'y avait que le paquet. Comment est-ce que j'ai réussi à manger un paquet de chocolat sans même le remarquer ? Alors je me sens coupable, putain j'ai mangé un kilo de chocolat, putain, comment je me suis fait ça ? Mon Dieu, ça va me faire très mal. Alors j'avais la mauvaise conscience, la culpabilité, je me promettais que ça n'allait plus arriver. Non, ça ne va plus arriver* »[1157].

Elle considère ne pas ressentir la faim mais une envie irrépressible de manger. Le désir la pousse vers la nourriture dans un acte désespéré. En mangeant, elle est capable de sentir le goût et continue à manger jusqu'à ingérer de grandes quantités d'aliments. À ce moment-là, au fur et à mesure que Rebeca continue à manger, elle ne se rend pas compte de son acte et considère avoir une difficulté à ressentir ce qu'elle fait. Ensuite apparaît une grande culpabilité car elle reconnaît alors avoir mangé en excès. Elle insiste sur le fait qu'elle n'a pas eu conscience d'avoir mangé exagérément au moment de l'ingestion. Plongée dans la nourriture, elle mange sans retenue car elle mange sans bien établir de limites et sans avoir de moyen de contrôle.

[1157] « *Antes vem a vontade louca, o desejo, eu preciso, eu quero, come, come, não vai te fazer mal, come, até que eu me levantava e ia pegar. Ai comeu um pedaço, vendo um chocolate, um quadradinho tem 100g, comia num desespero que eu acho que não dava dois segundos e dava vontade de comer outro, ai dava, ai dava vontade de comer outro. Na hora que você ta botando na boca a sensação é maravilhosa, aquela sensação de êxtase, come, come, é bom, ai que delícia. Ia comendo, ia comendo, ia comendo. Quando eu olhava, só tava o saco. Como que eu consegui comer um quilo de chocolate e nem sentir? Ai vem a culpa, caramba eu comi um quilo de chocolate, caramba, como que eu fiz isso comigo? Nossa, isso vai me fazer muito mal. Aí ficava com a consciência pesada, a culpa, eu prometendo pra mim mesmo que isso não ia mais acontecer. Não, não vai não acontecer* ».

Chapitre 8 – Discussion générale

Dans ce chapitre, nous nous proposons de continuer la discussion autour des entretiens réalisés en France et au Brésil, mais en apportant des éléments théoriques qui peuvent permettre une meilleure compréhension de l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Nous mettrons en évidence ce que nous considérons comme les principaux aspects de cette expérience en fonction de ce qui a été décrit par les sujets-collaborateurs tout en les « confrontant » avec la littérature. Notre intention est de pouvoir étudier la dynamique de cette expérience et de pouvoir dévoiler le phénomène en question, l'expérience hyperphagique. Comme les entretiens ont été réalisés dans deux contextes différents, nous avons choisi une étude comparative afin de pouvoir identifier les points communs et les différences qui apparaissent dans les deux contextes sans faire appel à une logique classificatoire et évaluatrice. Notre discussion se fera autour de l'obésité. Le premier point mettra en évidence la souffrance vécue par les patients obèses laquelle a comme fond son caractère (in)visible et la discrimination ressentie par les sujets donc vécue en permanence. Le deuxième point abordera la spécificité de la définition de l'obésité : qu'est-ce qu'être obèse et qu'est-ce qu'avoir une obésité. Ensuite, nous discuterons l'expérience hyperphagique à partir de trois éléments : le bouleversement de la faim et de la satiété, l'acte de manger hyperphagique en tant qu'événement et enfin la dimension (non)addictive et le rôle des émotions dans l'hyperphagie.

8.1. La souffrance de l'obèse : poids, (in)visibilité et discrimination

La présence d'une souffrance dans l'obésité est apparue importante dans les deux contextes. De quoi souffrent les patients ? D'après les entretiens, ils souffrent d'un corps qui engendre la souffrance comme conséquence de sa condition. Il y a un « poids » qui modifie l'horizon des possibilités du sujet. Les patients interviewés en France et au Brésil ont mis en évidence la fatigue et la gêne occasionnée par l'excès pondéral en disant que cela affecte leur quotidien. Ils souffrent de ne pas pouvoir faire ce qu'ils veulent ou ce qu'ils pouvaient faire avant la réduction de leurs « puissances motrices »[1158] et cela exige une (re)organisation adéquate à leur nouvelle condition corporelle. Le « Je peux » du corps est, d'une certaine façon, limité et conditionné par ce corps dans son actualité. Ce que nous voulons montrer ici c'est que la condition corporelle affecte à la fois le mode d'être corps, le mode d'agir et le mode d'être-dans-le-monde. L'inachèvement du corps t l'imminence de l'obésité sont responsables de cette souffrance car il s'agit d'un corps toujours en mutation et qui peut, si ce n'est pas encore le cas, devenir gros.

[1158] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 838.

Les patients qui vivent l'obésité depuis très longtemps se sont montrés relativement habitués à cette condition, au moins au niveau pratique dans leur quotidien. Leur souffrance dépasse l'aspect objectif, comme c'est le cas pour Jacques, Anne, Lisa, Pierre et Louise en France et pour Joaquim au Brésil. Par contre les patients qui prennent du poids très vite, par exemple à la suite d'une grossesse (Isabelle, Marion et Rebeca) ou dans une période particulière de leur vie, cela étant lié à des épisodes hyperphagiques, souffrent de leur changement physique et de leur incapacité à s'habituer à leur « nouveau » corps. La prise de poids affecte le schéma corporel car il s'agit d'un corps qui leur paraît « étrange », qui ne leur appartient pas et qui leur paraît difficile à gérer. Ils vivent souvent mal leur impuissance à perdre du poids et les limites imposées par leur morphologie dans leur quotidien. Malgré tout, il y a quand même, grâce à aux possibilités actuelles de prises en charge, un mouvement pour essayer de restituer le « Je peux » au corps, pour le connaître et identifier ses frontières afin que les patients puissent se rapprocher de lui et le vivre différemment. Il ne faut pas oublier que lorsqu'on parle d'un corps « étrange », il ne s'agit pas seulement d'une question temporelle liée à l'expérience de l'obésité, mais aussi du mode de voir ce corps (et d'être vu) qui le place dans une dimension à part et en dehors de ce qu'il devrait être. La souffrance s'instaure souvent du fait de cet écart.

Un deuxième élément est présent dans cette souffrance et est exprimé pendant les entretiens : c'est la visibilité. Le mode de se voir, et aussi d'être vu, affecte l'expérience corporelle dans l'obésité. D'un côté, les sujets interviewés en France considèrent l'obésité comme une sorte de « *défaut visible* » qui n'est pas bien compris par la société et qui aurait le pouvoir d'accentuer la visibilité, l'évaluation constante et le contrôle par autrui. D'un autre côté, les sujets interviewés au Brésil ont beaucoup insisté sur les préjugés et la discrimination dont ils souffrent. L'apparence et la forme corporelle sont mises en question face à l'incapacité du sujet à modifier l'aspect de son corps qui est vu par les autres comme « hors norme ». La discrimination, due à une visibilité « écrasante », affecte le mode selon lequel les obèses se voient. Autrement dit, ces sujets en surpoids souffrent dans leur rapport aux autres et dans leur rapport à eux-mêmes. Même si la discrimination a été plus évoquée par les patients du Brésil que par ceux de Paris, on a pu remarquer souvent une réduction du sujet à sa condition corporelle dans les deux contextes ; ils se sentent réduits à leur aspect physique, figés dans une forme corporelle qui les assujettis.

On parle ici d'un corps iconique qui devient de plus en plus fondement de l'estime de soi et se présente comme lieu de souffrance[1159]. Ce n'est plus telle ou telle personne qui est vue

[1159] G. Apfeldorfer, « Le corps comme icône en souffrance ». *Dilecta*, « *Corps* », 2008, vol. 1 n° 4, p. 77.

mais un obèse, un sujet gros, faible, incapable de perdre du poids, etc. Le corps est la cible du regard d'autrui et l'obèse est de plus en plus gêné par ce regard qui l'identifie comme tel, comme hors norme. Ce corps est « bombardé » par les soucis esthétiques et de santé et l'obèse doit essayer de se modeler avec tout cela. Actuellement le corps désirable doit être à la fois « un corps beau et un corps sain »[1160] dans une médicalisation progressive de l'esthétique et une esthétisation du médical[1161]. La souffrance décrite de façon directe et indirecte par les patients est traversée par les idéaux de beauté et de santé imposés par les médias. Bien que le discours des patients interviewés en France soit plus axé sur la santé que sur la beauté alors que celui des patients interviewés au Brésil l'est plus sur la beauté il apparaît que, de plus en plus, ces deux éléments, santé et beauté , sont entrelacés et constituent le mode de voir, voire les critères utilisés, pour juger, les personnes obèses, les personnes hors norme.

L'existence du sujet dans ce corps est souvent méprisée et c'est l'une des sources de souffrance des sujets interviewés. Le sujet se vit invisible, c'est-à-dire que l'accent mis sur le corps comme objet le dépasse et le fait disparaître. Celui qui habite ce corps trop gros n'est pas suffisamment pris en considération et il devient « invisible » dans sa condition de sujet comme le faisait déjà remarquer Merleau-Ponty : « en tant que j'ai un corps, je peux être réduit en objet sous le regard d'autrui et ne plus compter pour lui comme personne »[1162]. Cette réduction du sujet obèse à sa condition corporelle a été mentionnée dans les deux contextes ainsi que la souffrance des patients en résultant. Le sujet est assujetti à son corps obèse et ce même corps, objectivé et objectifié, est souvent la cible de régimes et aussi d'interventions chirurgicales, proposés souvent sans l'implication du sujet qui habite ce corps ; le but est de refaire ce corps trop gros et de le ramener aux normes courantes, condition pour que son « propriétaire » puisse s'imposer comme sujet face aux autres et se débarrasser de la qualification d'obèse qui lui a été attribuée . À une époque où le culte du corps est exacerbé [1163], il y a un essai, parfois désespéré, de faire correspondre le corps et l'image que le sujet veut donner de lui dans une recherche de reconnaissance de soi et aussi de reconnaissance par les autres. Le corps jugé comme désirable n'est pas le même selon l'époque, la culture et le milieu social et l'on peut dire que le corps obèse est loin d'être un objet de désir à notre époque ; au contraire, dans la société actuelle l'obésité définit plutôt « ce qu'on ne veut pas être »[1164]. La discrimination et la souffrance

[1160] Cf. T. de Saint Pol, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris : PUF, Coll. Le Lien social, 2010, p. 35.
[1161] *Ibid.*, p. 45
[1162] Cf. M. Merleau-Ponty, « Phénoménologie de la perception », *op. cit.*, p. 853.
[1163] Voir B. Andrieu, *Les cultes du corps. Ethique et sciences*. Paris : Éditions L'Harmattan, 1994.
[1164] C. Grangeard, *Comprendre l'obésité : une question de personne, un problème de société*. Paris : Albin Michel, 2012, p. 18.

vécues dans les deux contextes sont le résultat de la mise à l'écart de l'obèse et du regard avec lequel les autres l'observent, qui tend à réduire ce sujet à sa condition corporelle et à lui imposer la recherche d'un autre mode d'être, d'un autre mode d'être vu donc exigeant de lui d'avoir un autre corps.

En reprenant les travaux de Tatossian nous relevons que cet auteur affirme que « Le Soi constitue l'Autre mais l'Autre constitue le Soi dans un équilibre dialectique qui n'est jamais conquis définitivement mais doit se réinstaurer tout au long de la vie »[1165]. Il s'agit d'une subjectivité qui est intersubjectivité dans une dialectique interminable. Il faut donc insister, en ce qui concerne l'obésité et ceux qui en souffrent, sur la nécessité de porter sur ces sujets en surpoids un regard moins discriminatoire, moins objectif et, par conséquent, moins producteur de souffrance, empreint de plus de tolérance. Tout au long des entretiens on constate que ce regard d'autrui est source de souffrance et conduit « au mode d'être obèse » qu'éprouvent les patients ; le sujet en surpoids vit (ou à l'impression de vivre) sous la tutelle d'un autre qui ne cesse de l'évaluer et de dénoncer sa condition corporelle hors norme. Fuchs a écrit « les yeux de l'autre décentralisent mon monde »[1166], c'est-à-dire qu'ils sont capables de me capturer, de m'exposer. Il y a en effet une puissance du regard de l'autre qui peut paralyser le corps vécu, le pétrifier lors de l'expérience de l'obésité, comme le considère Fuchs, faisant allusion au mythe de la Méduse. Au-delà de la souffrance, on a constaté lors des entretiens que le pouvoir de ce regard affecte la vie quotidienne du sujet obèse. La dimension intersubjective de ce phénomène doit être prise en compte et abordée sur les plans clinique et thérapeutique. La souffrance décrite par les sujets-collaborateurs se situe certainement dans l'intersection du sujet, de l'autre et du monde dans lequel ils ne cessent d'être comme chacun d'entre nous..

En ce qui concerne la question de la visibilité, il faut signaler la contribution de Sartre[1167] qui est remarquable dans la mesure où ce philosophe place la problématique d'être vu par autrui comme une expérience fondatrice de l'identité. Notre ancrage et habitation corporels sont liés à notre rapport à autrui et il nous faut réfléchir sur les impacts de ce rapport. Il y a un jeu flou, un empiétement entre le vécu de l'obésité en tant que telle, - comme par exemple la sensation de fatigue - , et le regard des autres qui institue l'identité et réduit le sujet à son mode d'être-corps. Ce regard menaçant affecte le mode dont le patient se voit car le corps se présente comme « reflet de l'identité et marqueur d'appartenance »[1168], c'est-à-dire qu'il

[1165] A. Tatossian, « La subjectivité », *op. cit*., 1994, p. 291.
[1166] Fuchs, T. (2003). The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, *33*(2), 223-243. p. 226
[1167] Voir J-P. Sartre, *L'être et le néant*. Paris, Gallimard, 1943.
[1168] Cf. T. de Saint Pol, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, *op.cit*., p. 25

permet qu'on lise l'identité d'un individu et en particulier son identité sociale. Le « problème » est qu'il s'agit seulement d'une vue superficielle qui est notamment incapable d'atteindre la subjectivité. Plus les patients se sentent réduits à leur condition corporelle, plus ils se sentent privés de leur condition de sujet.

Pendant les entretiens, on a pu constater un refus, de la part de quelques patients, de l'« identité obèse », ce qu'ils justifient en disant croire au caractère transitoire de cette condition[1169]. Cependant, ce refus n'est pas suffisant pour empêcher la souffrance du patient face à l'intensité et au pouvoir du regard d'autrui qui s'impose à lui. Dans ce contexte resurgit la honte comme un sentiment associé au regard d'autrui sur le corps ; la honte peut être considérée ici comme le résultat de la dimension visible du corps et, pourrait-on dire, invisible du sujet. Il s'agit ici d'une honte liée à la condition corporelle et aux épisodes hyperphagiques, mais aussi à la modulation du corps , - à la façon dont se voit le patient - , qui dépend du regard et/ou de l'imaginaire du groupe auquel appartient le sujet et de l'image qu'il a de son propre corps[1170]. La honte est ancrée dans la visibilité du corps et se présente comme productrice de souffrance.

Pour finir, nous évoquerons ici, à partir des travaux de Tatossian, la culture comme « un système de vie quotidienne »[1171], ce qui revient à dire que la culture a le pouvoir de constituer la naturalité du monde et de composer les évidences naturelles qui constituent le quotidien. Cette culturalité est la condition de l'intersubjectivité et, avec son pouvoir de quotidienneté, ne devrait exiger qu'un échange partiel avec autrui permettant de pouvoir maintenir une perspective propre au sujet. Néanmoins, si notre culture met l'accent sur les formes corporelles harmonieuses et privilégie l'être mince, l'expérience obèse est par conséquent traversée par le regard d'autrui qui signale le « défaut » d'être gros et masque ce qui est propre au sujet. Autrement dit, les éléments culturels affectent les modes d'expression des psychopathologies. La visibilité, mise en évidence ici, est toujours portée par un mode de voir, construit culturellement, qui affecte celui qui est vu et le met dans une condition de vulnérabilité. Il s'agit ici d'une culture qui peut aussi bien contribuer à la production d'une souffrance et conduire à une psychopathologie, que traverser les différents modes d'expression psychopathologiques.

Si l'on considère la culture, à partir des travaux de Kleinman et Good[1172], celle-ci est ce qui se présente dans l'intersection de la signification avec l'expérience. Il faut alors

[1169] Nous explorerons un peu plus cette question dans le point suivant.
[1170] T. de Saint Pol, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, *op. cit*., p. 32.
[1171] A. Tatossian, « La subjectivité », *op. cit*., 1994, p. 258.
[1172] Voir A. Kleinman, B. Good, *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of the affect and disorder*. Berkeley : University of California Press, 1985.

s'interroger sur le mode dont la culture française et la culture brésilienne traversent l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Il nous faut reconnaître la nature intrinsèquement dimensionnelle de la préoccupation corporelle et des comportements alimentaires ce qui implique assurément plusieurs défis lorsqu'il s'agit d'un contexte social culturellement particulier, le plus important étant de comprendre et de reconnaître la diversité culturelle[1173]. Dans les deux contextes étudiés il y a clairement une façon négative, voire discriminatoire et morale, de voir l'obésité et le sujet obèse. Le regard des autres se présente comme source de souffrance et comme une caractéristique de la culture occidentale qui ne cesse de produire des discours négatifs et moraux, par rapport à l'obésité, en référence soit à la santé, soit à la beauté. Les sujets interviewés dans les deux contextes semblent vivre l'obésité comme s'ils étaient traversés par la nécessité de combattre ce corps sous l'influence des deux arguments – santé et /ou beauté – qui agissent d'ailleurs le plus souvent ensemble. Malheureusement, ce combat est parfois excessivement centré sur un corps purement physique et laisse de côté ce corps comme siège de l'expérience. Il nous paraît très important de développer un travail clinique vers la réappropriation du corps qui soit capable d'agir aussi sur la culture de façon directe et indirecte. Puisque à notre époque l'obésité est connue et reconnue comme un problème de santé publique, il faut la combattre en considérant toute la dynamique socio-culturelle qui affecte ceux qui vivent cette pathologie et parvenir à proposer des moyens de lutte efficaces.

8.2. Être obèse et avoir une obésité

La discussion autour de l'*être* et de l'*avoir* a été déjà faite ci-dessus, lorsque nous avons présenté la phénoménologie du corps selon Merleau-Ponty. Nous la reprenons ici comme voie de discussion à partir des entretiens pour mettre en exergue le rapport du sujet obèse avec son corps et pour essayer de comprendre l'expérience d'« être obèse ». On a observé une certaine confusion, une certaine dissonance, entre ce que les patients éprouvent et ce qu'ils perçoivent de leur corps, entre le corps vécu comme quelque chose qui leur appartient et le corps qu'ils sont[1174]. D'un côté on peut considérer que le fait de s'assumer comme obèse – être obèse – est un indicateur de l'intégration de l'obésité comme élément de la vie par le sujet mais d'un autre côté, considérer « avoir une obésité » peut correspondre à une sorte de distinction entre le soi et la « maladie », à un certain refus ou à une impossibilité d'intégration qui pourrait être vue

[1173] A. Becker, « Culture and Eating Disorders Classification », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, p. 111-116 115.
[1174] C. Grangeard-Polard, « Obésité mentale ? », *La clinique lacanienne*, Eres, 2008, vol. 1, n° 13, p. 143

comme une volonté, parfois saine, de mise à distance de l'obésité. Il y a un mode particulier de vivre l'obésité qui doit être compris et faire l'objet de discussion car il s'agit d'une expérience vécue dans le monde qui peut aider à « traduire » la dynamique corporelle vécue par le sujet obèse.

Dans les deux contextes, il y a eu une difficulté à répondre à la question « comment c'est pour vous être obèse ». Être obèse pouvant renvoyer à une expérience personnelle, liée au mode dont le patient vit sa condition corporelle. Cette question a été posée avec l'intention de situer l'obésité justement en tant qu'expérience personnelle. Les réponses faites par les interviewés ont tout d'abord été marquées par un certain étonnement de leur part et surtout par la difficulté à décrire ce qu'ils avaient ressenti ou ressentaient encore. Dans les deux contextes, la description du comportement alimentaire a été le premier mode de réponse à notre question. Ensuite, lorsque les interviewés ont commencé à décrire vraiment leur expérience du vécu de l'obésité, les réponses ont été diverses et intéressantes par leur variété.

Parmi les sujets interviewés en France, les réponses ont été surtout dirigées sur le regard de la société et ses effets négatifs et sur l'obésité considérée comme une expérience négative en elle-même. Plusieurs patients ont refusé le mot « obèse » comme une référence linguistique qu'ils jugeaient incapable de traduire leur expérience et porteuse d'un sens pathologique excessif. On a constaté encore la mise à distance du vécu corporel comme dans le cas de Karine qui essaie d'oublier son corps ou comme dans le cas d'Anne qui dit ne pas se sentir obèse, même face à l'opinion des autres qui la qualifient ainsi, ou enfin dans le cas de Marion qui parle de la non sensation d'être obèse dans son vécu quotidien.

Au Brésil, on a constaté aussi une dynamique variable selon les patients. Par exemple Joaquim a une réflexion orientée sur la gêne occasionnée puisqu'il fait référence à ses limites physiques dues au surpoids et à son aptitude au travail qui est vue comme diminuée. Claudia parle du regard de la société qui entraîne chez elle une véritable oppression, qu'elle vit très mal. Nicolas a eu besoin d'un processus assez long avant de se percevoir comme obèse, ce qu'il décrit très bien dans une démonstration sur la discordance entre *le corps qu'il est* et *le corps qu'il a.* Quant à Rebeca elle affirme avoir l'impression de vivre dans un autre corps que le sien, un corps qui lui est étranger et qui lui paraît étrange.

Ces quelques réponses prises dans deux contextes différents, révèlent un mouvement semblable, les réponses étant centrées sur trois axes principaux : le regard de la société (aux effets négatifs), les sens et les implications pratiques d'avoir un corps obèse et l'expérience personnelle d'habiter ce corps. Par rapport à ce dernier axe, il nous semble que l'expérience d'être obèse est largement marquée, voire dépassée, par l'objectification du corps et par

l'impératif d'un changement de ce dernier, c'est en tout cas ce que disent ressentir corporellement les patients. Leur mode de voir le corps est mélangé à la notion idéale de beauté du corps et aux paramètres relatifs à la santé ; cela tend à altérer le mode d'éprouver leur propre corps et induire l'idée d'un corps qu'ils doivent désormais avoir. Si au niveau des troubles alimentaires on peut parler directement de cette altération, au niveau du sensible[1175], en cas d'obésité sous la forme isolée, on peut constater aussi une accentuation de ce caractère objectif, surtout en relation avec la visibilité du corps, qui conduit à des expériences de souffrance et qui produit un assujettissement du sujet. Lorsque cette obésité se produit avec et/ou à partir d'un vécu hyperphagique, comme dans le contexte développé dans cette thèse, on voit encore plus l'exacerbation d'un corps comme objet, liée tant à la condition corporelle et à toutes ses implications, qu'à l'« hyper » relation établie avec la nourriture qui a comme base une expérience du corps bouleversé face au déséquilibre entre être et avoir.

Même si l'on considère l'obésité comme une sorte de maladie chronique, ce qui pourrait permettre de trouver des éléments de comparaison, cette pathologie a une spécificité par rapport aux autres maladies chroniques. Les patients cherchent la guérison laquelle est attestée par une perte de poids objective, conduisant à la condition de ne plus être obèse. Cette caractéristique met en scène la question de la responsabilité du sujet, l'obèse étant vu comme celui qui a trop mangé et qui a mal mangé, ce qui le rend responsable de son obésité et aussi de l' action pour ne plus être obèse[1176]. Le fait d'avoir failli dans le contrôle de l'alimentation et du poids, l'échec des tentatives pour perdre du poids ont été évoqués par les patients dans les deux contextes et dans les deux cas les sujets se culpabilisent. Ainsi, plus que responsables, ils se vivent coupables vis à vis de leur entourage, de la société, de leur famille qui ne cessent de leur rappeler leur condition pondérale et leur responsabilité d'avoir ce corps. Ils vivent une stigmatisation centrée sur le corps qu'ils ont et sur un certain oubli de leur présence (en tant que sujet) dans ce corps. À notre avis les mots responsabilité et culpabilité doivent être utilisés avec beaucoup de précaution. Dans une certaine mesure, assumer la responsabilité peut signifier avoir un rôle actif et personnel dans l'expérience de l'obésité ce qui peut être un pas important pour la prise en charge thérapeutique. Cependant, il y a risque de centrage excessif sur le sujet comme le seul agent et le seul responsable par ce qu'il vit. Il serait important de trouver un équilibre dans la prise en charge permettant d'impliquer le sujet dans le processus de changement

[1175] G. Castellini, F. Trisolini, V. Ricca, « Psychopathology of eating disorders », *Journal of Psychopathology,* 2014, vol. 20, p. 463.
[1176] B. Rothiot, V. Le Montagner, « Le patient obèse est-il responsable ? Aider au cheminement de la culpabilité au vivre-avec la maladie », *Obésité*, 2012, vol. 7, n° 4, p. 228.

morphologique sans le rendre seul responsable de son état actuel. En outre, il faut souligner qu'inversement existe le risque que le sujet n'assume pas son rôle dans l'installation de l'obésité. Il a été observé dans les entretiens une tendance à assimiler l'obésité à la conséquence d'une autre maladie. Évidemment, la présence d'une expérience hyperphagique par exemple change largement la configuration ainsi que les références à l'anxiété, très présentes dans les entretiens au Brésil, et à la notion d'addiction, fréquemment évoquée en France. Pour autant, il faut quand même continuer à envisager le rôle de celui qui vit cette expérience et les différents modes d'être obèse. Ce serait une autre forme de bouleverser l'équilibre, parfois inatteignable mais désirable, entre être et avoir un corps.

À partir des entretiens et de la littérature sur l'obésité, on est amené à considérer que l'expérience d'être obèse et d'avoir un corps obèse relève d'une dimension intersubjective. Autrement dit, le mode d'éprouver son propre corps est impacté par autrui, par un monde qui tisse les regards sur ce phénomène et dicte les modes d'être-au-monde. En cas d'obésité il y a un malaise vécu dans ce corps qui doit être transformé, combattu en fonction de son inadéquation. Il y a une objectification excessive du corps qui empêche une appropriation effective de celui-ci par le sujet. Dans la mesure où ce corps est en permanence identifié, jugé et considéré comme un pur objet capable de changer, le sujet qui habite ce corps est laissé de côté et se sent perdu dans ce mode d'être corps. Il s'agit d'un corps qu'il ne peut pas être et s'il l'a il faut qu'il le combatte. À partir des contributions de Dorothée Legrand, on peut parler ici d'un corps qui échappe à ce que nous sommes et aussi, malgré ce, nous constitue. L'auteure thématise le « processus de *subjectivation* de ce que je suis par le fait d'avoir ce que je ne suis pas, processus de subjectivation qu'est par là même et tout autant, processus d'*assujettissement* de ce que je suis, au corps que j'ai »[1177]. Cette description peut aider à comprendre l'expérience vécue de l'obésité et la transposition de l'avoir sur l'être du corps dans la mesure où il est possible d'identifier dans l'expérience d'être obèse un processus de subjectivation centré sur le corps comme objet et qui finit par assujettir le sujet : chez l'obèse ce qu'il est devient de plus en plus ce qu'il a.

On pourrait illustrer cette discussion à partir de l'expérience de Rebeca, dans le contexte brésilien. Elle refuse d'être obèse et ne se reconnaît pas dans son corps qui lui est étranger et indésirable. Elle n'est pas le corps qu'elle voit ; avoir ce corps est devenu insupportable dès le moment où elle s'est rendu compte de sa prise de poids. Avec ce corps, elle ne se voit plus comme sujet. Elle sait que son poids est la seule référence pour autrui ce qu'elle n'admet pas.

[1177] Cf. D. Legrand, « Le corps assujetti », in M. Gyemant, D. Popa (éd.), *Approches phénoménologiques de l'inconscient*, 2015, *Georg Olms Verlag*, *Europaea Memoria*, p. 211-212.

L'expérience de Marion, dans le contexte français, peut aussi étayer notre discussion. Elle se reconnaît comme obèse, mais affirme ne pas percevoir son corps dans le quotidien ; il s'agit d'un corps silencieux, distant qui se montre seulement, par exemple, lorsqu'elle se voit sur une photographie. À ce moment-là elle se dit surprise et se rend compte de sa condition corporelle et de l'implication d'être ce corps. Le point central ici est la perte d'équilibre entre l'être et l'avoir du corps ou encore, et cela est plus grave, une certaine scission qui marque de plus en plus l'expérience de l'obésité. Il nous semble que le travail clinique doit revisiter le corps « qui échappe donc à la distinction entre l'être et l'avoir, entre le sujet et l'objet, entre soi et l'autre »[1178]. Il s'agit d'un parcours qui passe par la réappropriation du corps propre dans sa constitution intersubjective et dans son ancrage dans le monde. Il faut permettre un processus de subjectivation qui ne soit pas réduit au corps comme objet, tout en permettant le dévoilement d'un mode d'être particulier qui se constitue en relation avec le monde.

On a pu observer, dans les deux contextes, la tendance à mettre en évidence l'*avoir* du corps et la difficulté de la part des patients d'être sujet de leur histoire et de leur propre corps. Ce mouvement est en rapport souvent avec les traitements qui ont tendance à travailler en excès ce corps comme objet et parfois à laisser de côté le sujet qui habite ce corps. Les patients interviewés ont une position critique et reconnaissent l'importance d'une appropriation de soi, de leur propre corps pour pouvoir « changer » et même « guérir ». Les régimes et les chirurgies, souvent vus comme la solution, ne suffisent pas sans un travail qui mette les patients comme sujets de leur propre vie, de leur propre corps. Le corps vécu doit toujours être mise en scène.

8.3. Le bouleversement de la faim et de la satiété dans l'expérience hyperphagique

La faim et la satiété sont des expériences qui sont souvent évoquées en rapport avec l'acte de manger. En général, la faim[1179] peut être située comme l'expérience qui pousse à l'acte de manger et la satiété comme ce qui signale la sédation de la faim et ainsi fournit un indice pour arrêter de manger – les deux sont considérées assez souvent comme des paramètres surtout biologiques[1180] et comme des éléments d'organisation de l'acte alimentaire. S'agit-il d'expériences seulement physiques ou de sensations ressenties ? Bien que ce qui est décrit soit

[1178] Cf. *Ibid*., p. 211.
[1179] La discussion faite par E. Levinas sur la faim, comme dans le livre *Totalité et infini*, est très riche et peut contribuer à la compréhension des troubles alimentaires.
[1180] Y. Lohéac, « La faim est-elle mauvaise conseillère ? », in F. Dubet, *Que manger ? La Découverte « Recherches »*, 2017, p. 138.

ancré dans le corps, cela ne peut pas être réduit au physique, à l'objectif. Il faut envisager un sens plus large, comme celui proposé par Charbonneau lorsqu'il aborde les sentiments corporels : « Ils sont notre être même, notre propre vue du monde, notre possibilité globale de l'action ; ils portent notre conscience globale du présent, la force ou le poids de notre relation au passé et au futur »[1181] ; tout en impliquant un pouvoir d'action la faim et la satiété sont des expériences qui affectent le sujet globalement et traversent ses actions en produisant, en tant que sentiments corporels, un vécu homogène comme « sentiment de présence », comme « éprouvé qualitatif d'emblée du monde »[1182]. Évoquer cette dimension en prenant pour base les entretiens réalisés implique une discussion sur ce que les patients hyperphagiques éprouvent lors du processus de l'alimentation dans leur quotidien.

On a pu observer que, dans l'expérience hyperphagique, la faim et la satiété ne sont plus les opérateurs principaux de l'acte de manger pour les sujets interrogés et qu'il y a une altération du mode de les éprouver. Quoique la faim ne soit plus présentée comme le moteur de l'acte de manger, il faut noter que plusieurs sujets-collaborateurs ont mis en évidence l'envie de manger comme ce qui conduit vers l'acte. L'acte de manger ne serait pas forcément précédé par la faim mais plutôt par cette envie puissante de manger. On peut dire que les hyperphagiques ont une difficulté à ressentir leur propre corps qui traverse leur vécu. Ils ont du mal à éprouver leur propre corps et se trouvent, d'une certaine façon, perdus face à l'acte de manger, sans les contours établis par la faim et par la satiété. L'envie de manger conduit à l'acte de manger, mais pas seulement dans le sens de trouver du plaisir en mangeant. Il s'agit surtout d'une envie de l'action, puisque les sensations ne sont pas toujours ressenties.

Après avoir analysé les entretiens, on constate que la valeur des aliments et même l'attachement à tel ou tel aliment ont été peu signalés[1183]. On peut justifier cela en considérant le rôle de la faim et sa capacité à augmenter la valeur attribuée à l'aliment[1184]. En l'absence de la sensation de faim, l'action de manger est l'élément visé et le choix de la nourriture proprement dite devient un élément secondaire. Pour illustrer ce propos, on peut évoquer l'expérience de Marine, dans le contexte français. Elle peut manger même ce qu'elle n'aime pas dit-elle. De même Paula et Helena, dans le contexte brésilien, insistent sur l'importance de l'acte de manger dans leurs vies. L'envie de « manger » les conduit vers la nourriture et cela peut être, comme dans le cas de Marine, vers n'importe quel aliment car le type de nourriture

[1181] Cf. G. Charbonneau, « Pour une phénoménologie des sentiments corporels », *op. cit*., 2003, p. 17.
[1182] Cf. *Ibid.*, p. 118.
[1183] Dans le contexte français, on peut illustrer la référence aux aliments sucrés et dans le contexte brésilien à la Coca-Cola signalée par deux participants.
[1184] Cf. *Ibid.*, p. 144.

n'est pas ce qui est le plus important. La plupart des sujets-collaborateurs ont signalé l'envie de l'action de manger proprement dite. Tout acte alimentaire, bien sûr, implique l'existence de nourriture mais l'élément majeur, qui conditionne l'envie, est le fait de pouvoir (et devoir) être en train de manger.

En ce qui concerne le fait de « ressentir », il semble que ce ne soit pas une tâche facile pour ces patients. Le bouleversement de la faim et de la satiété a été décrit surtout par les sujets-collaborateurs français qui ont mis en évidence la difficulté, voire l'impossibilité de ressentir ces expériences. Il faut dire d'ailleurs que la prise en charge proposée par les soignants du service où ils étaient suivis avait pour but, parmi d'autres choses, de (re)travailler la faim et la satiété pour que celles-ci puissent être ressenties, identifiées et positionnées par eux comme marques de l'acte alimentaire. Cet aspect a été abordé aussi pendant les entretiens au Brésil, mais de façon moins générale, comme dans l'expérience de Rebeca qui parle plutôt de son envie irrépressible de manger que de la faim proprement dite. Lors des entretiens réalisés à Fortaleza, on a observé une certaine difficulté de la part des patients à décrire leurs expériences corporelles liées à l'alimentation. Notre attention a été aussi attirée par le questionnement souvent posé dans les deux contextes sur la présence (ou pas) de la faim et sur les raisons de manger lorsque celle-ci est absente. Ces questions sont d'ailleurs encouragées par les équipes de traitement comme voie de contact avec le corps des sujets et comme point de référence pour comprendre les actes alimentaires. En outre, ce bouleversement de l'expérience de la faim et de la satiété peut se présenter comme un aspect important pour établir la différence entre le mode d'expérience des patients obèses avec et sans hyperphagie. Il y a un autre mode de relation avec la nourriture qui s'édifie sur l'altération du mode de ressentir le corps propre.

On a pu observer la difficulté de sentir dans un corps qui est souvent « absent », ou encore, qui a « perdu », d'une certaine façon, son importance au fur et à mesure qu'il ne peut pas être ressenti. Des circonstances comme la faim, mais aussi la soif et la fatigue, provoquent la réapparition de ce corps ou encore permettent qu'il ne soit plus ignoré[1185]. Dans le cas des patients hyperphagiques, le corps est encore plus laissé de côté face à l'incapacité des sujets à le ressentir. Il n'est qu'un instrument dans un appel à l'action. Si le sujet est incapable de sentir, le corps est considéré seulement comme un outil, un moyen d'accès vers ce qu'il faut faire : l'acte de manger. Le *corps sujet* est, d'une certaine façon, brisé et il se montre faible dans sa fonction « expérientielle ». Cependant, il y a, malgré tout, une action car ce corps est encore le véhicule du sujet au monde mais, dans ce cas, une sorte de véhicule sans contrôle, mû par

[1185] A. Tatossian, A. « Phénoménologie du corps », 1982, in *Clinique du Lebenswelt : psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, *op. cit.*, 2016, p. 95.

l'envie de manger qui gouverne ce corps comme objet. Il y a ici une direction de sens qui pose, au centre de la vie du patient, l'acte de manger et la nourriture dans un appel à l'action qui est intransitif, c'est-à-dire constitué par une demande de l'acte qui s'édifie sur l'envie irrépressible d'être en train de manger. Le sujet se trouve perdu dans un acte « sans contrôle ». Dans un sens plutôt proche des conceptions de Binswanger, on peut dire qu'il s'agit d'une expérience d'*être-pris-par-le-corps* qui, de façon intense, conduit le sujet à une expérience de *ne pas pouvoir ne pas manger.*

Si la faim et la satiété ne sont plus les opérateurs dans un mode de les éprouver différemment, il faut signaler que les sujets-collaborateurs signifient leur expérience hyperphagique à partir de fonctions qui dépassent ces expériences. Manger pour remplir un vide, pour compenser, pour oublier quelque chose, pour diminuer l'anxiété, soulager ou même pour avoir un bon moment pendant la journée sont quelques sens qui traversent leurs actes alimentaires et qui ont été explorés dans le chapitre précédent. Ces sens, présents tout au long des entretiens, malgré leurs différences, démontrent une action qui se présente bien au-delà de la faim et de la satiété comme source et voie d'organisation de l'acte alimentaire.

On considère que le bouleversement de la faim et de la satiété est l'un des éléments qui conduit à l'absence de contrôle dans l'expérience hyperphagique dont la dimension pathologique est marquée par la perte de liberté du sujet qui devient, dans une certaine mesure, « otage » de l'envie incontrôlable de manger. Alors que l'acte de manger fait partie de l'évidence naturelle de toutes les personnes dans une dialectique entre le besoin et l'envie de manger, l'hyperphagique, qui ne sent pas suffisamment son corps, est commandé par l'envie qui, dans son cas, ne peut pas être contrôlée. Le vécu hyperphagique révèle une vraie altération des sensations, voire des sentiments corporels, qui ne peuvent plus être éprouvés facilement ou même avec naturalité. Sans pouvoir ressentir de façon adéquate, l'hyperphagique se trouve vraiment perdu dans cette dynamique. L'acte de manger se présente comme ce qu'il faut faire, une exigence puissante qui ne peut pas, le plus souvent, être contrôlée. Lorsque l'on met l'accent sur les sentiments corporels, il s'agit aussi de les envisager en termes de traitement. Au-delà de l'accentuation des symptômes, ils impliquent les modes d'expérience corporelle, le mode d'être-au-monde et tout ce qui est éprouvé par un sujet bouleversé par les altérations au niveau du corps propre.

8.4. L'acte de manger hyperphagique en tant qu'événement

L'acte de manger est plein de significations qui dépassent son sens « naturel » et même quotidien. Il est d'abord et avant tout une expérience corporelle, identitaire et existentielle[1186]. Bien que manger soit indispensable pour la survie, manger n'est pas que se nourrir dans le sens nutritionnel. Pendant les entretiens, on a pu observer que l'acte de manger et la nourriture assument, encore plus que pour nous tous, un rôle central dans le quotidien des patients hyperphagiques et se présentent comme un vrai événement composé de différents sens.

On remarque ici la question du vide évoquée par certains patients et l'acte de manger considéré par eux comme une façon d'essayer de remplir ce vide. Quelques patients, comme Marion, Marine et Louise dans le contexte français et Claudia dans le contexte brésilien, ont décrit l'acte de manger dans ce sens. Ainsi, l'acte de manger est précédé par un vide qui est intensément éprouvé et « manger » mettrait en scène une sorte de vécu de remplissage. L'acte de manger serait alors le seul événement « convoqué » comme supposé capable de remplir ce vide qui, apparemment, *ne peut pas être comblé*. Il nous semble, dans leurs cas, qu'il y a une expérience vécue de vide comme condition de possibilité pour l'acte de manger hyperphagique. Il ne s'agit pas d'un vide concret, lié à l'absence de nourriture, mais d'un vide éprouvé corporellement, attaché au sujet, au monde et à l'autre. L'acte de manger est souvent poussé par ce vide qu'il faut désespérément remplir et il y a une souffrance qui force le sujet à manger pour ne pas sentir cette souffrance, comme dans le cas de Dominique qui affirme se gaver pour masquer sa souffrance et souffre par la suite des conséquences de son action et de la culpabilité engendrée et vécue.

Si quelques patients ont évoqué la question du vide et l'essai de le remplir, il nous faut aussi signaler d'autres sens qui ont été exprimées, l'acte de manger étant alors considéré comme un événement. Aussi bien que la question du vide, ces sens se présentent dans un mouvement de remplir quelque chose, de remplacer, de faire face, de solutionner et de trouver dans l'acte de manger un certain abri. Tous ces sens ont comme point commun l'« imposition » de l'acte de manger comme l'événement réponse dans une envie irrépressible capable de contrecarrer leur souffrance.

Pendant les épisodes hyperphagiques, on pourrait dire que, pour le sujet, il n'y a rien d'autre que la nourriture qui importe. Si l'acte de manger est la voie pour édifier par exemple un vécu de remplissage, comme nous l'avons signalé, il est aussi le signe d'un échec pour autant

[1186] C. Durif-Bruckert, *La nourriture et nous : corps imaginaire et normes sociales*. Paris : Armand Collin, 2007, p. 17.

que le sujet se rend compte que ce vide ne peut pas être tout à fait rempli et qu'il y a eu souvent un excès alimentaire. Pendant l'action, l'hyperphagique est tellement tourné vers la nourriture qu'il perd son autonomie et sa capacité de contrôle de ses prises alimentaires [1187]. Nous pourrions concevoir que l'acte remplace, au moins pour un instant, le vide et même la souffrance, mais en réalité il ne peut pas remplir complètement ce vide car celui-ci est trop large et trop profond pour être comblé. Il s'agit d'un « vide charnel » tissé par le sujet au monde et par le monde vers le sujet. En mangeant, l'hyperphagique s'éloigne momentanément de ce vide et vit l'« illusion » de le combler par sa plongée dans l'acte de manger. Malheureusement, après avoir mangé, il se rend compte que tout ce qu'il a avalé, dans un acte qu'il ne pouvait pas arrêter, n'a pas été efficace face à l'immensité du vide qui, malgré ce, est encore présent . En outre, il est souvent hanté par l'obésité déjà présente ou parfois seulement par son imminence face au vécu hyperphagique. L'hyperphagique est souvent loin de son corps qui ne lui est, pour l'instant, plus propre. Ne pouvant pas bien ressentir son corps, il ne peut pas s'approprier de son « vide existentiel ».

L'acte de manger est souvent le « tout » pour l'hyperphagique. Cela a été bien exprimé, tout au long des entretiens, et surtout par Laura, qui affirme trouver « tout » ce qu'elle cherche dans la nourriture. Lacan, dans son séminaire sur la relation à l'objet, affirme que, pour comprendre la phénoménologie de l'anorexie, il faut s'éloigner de l'idée d'un « *ne pas manger* » de l'anorexique vers un « *ne rien manger* » [1188]. Ce « rien » existerait sur le plan symbolique[1189]. Sans approfondir les nuances de cette acception, on peut voir ici un possible point d'articulation avec l'hyperphagie. Si l'anorexique ne mange rien, nous pourrions reconnaître dans le vécu hyperphagique une sorte de « manger tout ». Vu aussi sur le plan symbolique, l'acte de manger se présente comme la seule alternative possible, comme ce qui occupe tout le champ de signification et de direction de sens du sujet en dépassant le sens nutritionnel. Cette dimension symbolique ne peut être comprise que dans un ensemble qui compose le mode d'être du sujet. « Manger tout » veut dire que la prise de l'aliment est vécue comme l'instance supposée capable de remplir tout ce vide senti dans le corps et par le corps, capable de tout solutionner ou de permettre de faire face à tous les problèmes, comme cela a été bien signalé par les patients. Ce tout symbolique réifie l'acte alimentaire. Cependant, nous pouvons dire aussi que ce « tout » aboutit à un vide car il est inauthentique ; il est mû par un

[1187] On peut faire référence ici à l'expérience de Karine qui, à part des autres, reconnaît une certaine positivité de dans la perte de contrôle dans la mesure où elle se sent libre.
[1188] Cf. J. Lacan. *La relation d'objet. Le séminaire, Livre IV*, 1956–57. Paris : Seuil, 2001, p. 184.
[1189] *Ibidem*.

corps qui est , d'une certaine façon, hypnotisé par l'envie de manger , par la condition de *ne pas pouvoir ne pas manger* et qui est dépourvu de sa dimension sensible lorsqu'il est en train de manger. Pour autant que l'acte de manger remplace quelque chose, il empêche aussi le contact avec des dimensions propres du sujet qui parfois pourraient être travaillées au niveau clinique. Le risque, actuellement, est d'imposer des modes de traitement qui ne visent que le changement de comportement alimentaire et laissent de côté ce qui traverse et rend possible ces actes. Le parcours clinique passe par ce vide, par la souffrance et par la compréhension des sens qui porte l'acte hyperphagique ; pour comprendre ce dernier il faut, d'une certaine façon, le confronter à ce « tout ».

L'hyperphagique a besoin d'un événement lequel désorganise son action. Pour bien comprendre cela, il nous faut explorer brièvement la notion d'événement qui est depuis longtemps l'objet d'études et de débats en psychopathologie[1190]. Contrairement à la notion plus générale qui est celle de fait, l'événement se présente comme capable de déterminer un nouveau contexte ou de reconfigurer complètement le précédent contexte. Tous les sens des faits peuvent être réévalués à partir d'un évènement et il peut même y avoir parfois une sorte de rupture[1191]. Les projets, l'avenir et même l'orientation de l'existence peuvent être remis en question suite à un évènement. Un ou plusieurs événements peuvent vraiment être « bouleversants ». Les situations, comme un deuil, une maladie ou un accident, sont souvent évoquées comme des événements dans ce sens. On ne veut pas ici comparer l'intensité ou même la gravité de tel ou tel événement, notre point de vue est simplement de signaler le changement de statut de l'acte de manger qui cesse d'être un fait quotidien et naturel dans l'hyperphagie et devient évènement. Il s'agit d'un événement qui échappe au contrôle du sujet, qui dépasse pour autant qu'il la surmonte la dimension habituelle. Même si on parle en termes d'épisodes, cette délimitation reste limitée dans le sens qu'elle n'atteint pas la totalité du sujet et de son existence qui est en jeu dans cette expérience. Il y a un risque de prendre l'épisode comme un simple fait qui pourtant doit être surveillé et mesuré.

Dans l'expérience hyperphagique, on peut dire que l'acte de manger devient capable de changer et de reconfigurer les sens et de bouleverser le sujet dans sa quotidienneté indispensable autour de la nourriture et de l'envie de l'acte de manger. On peut illustrer cela avec l'expérience de Monique qui considère avoir 90% de son temps quotidien remplis par les questions « autour de la nourriture ». L'acte de manger et ses implications sont au centre du quotidien des patients

[1190] B. Pachoud, « Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie », *L'Évolution Psychiatrique*, 2005, p. 700.
[1191] *Ibid*., p. 701.

hyperphagiques. De plus, « manger » est, parfois, à la fois un événement dû à une déstabilisation par un événement préalable, et déstabilisant en soi-même en fonction de son intensité et de ses possibles conséquences comme l'obésité et la culpabilité laquelle est souvent ressentie et mentionnée par les sujets-collaborateurs. Le sujet est atteint et bouleversé dans sa totalité, ce qui nous fait réfléchir sur le « choix » de l'acte alimentaire comme voie d'expression. Comprendre l'acte de manger en tant qu'événement implique un mode de compréhension qui ramène à une perspective existentielle, sans se limiter forcément à un horizon de sens préalable pour autant que l'événement peut bouleverser et reconfigurer cet horizon[1192], dans lequel « l'appréciation du sens renvoie fondamentalement aux implications pour notre existence propre de ce qui se produit, ou comme on dit de 'ce qui nous arrive' »[1193].

On pourrait dire que l'intentionnalité de l'acte de manger porte plusieurs sens et ramène au sens même de l'existence du sujet. Dans une approche phénoménologique, notre rôle est toujours d'essayer d'atteindre ces sens et de permettre leur dévoilement. Pour autant que l'on comprend le caractère événementiel de l'acte de manger et de son urgence lors d'une expérience hyperphagique, on reconnaît son pouvoir bouleversant et sa position majeure vis-à-vis d'un sujet qui éprouve différemment son propre corps et ses habitudes alimentaires. Cet événement se produit chez le sujet toujours dans sa corrélation et sa coappartenance avec le monde. Autrement dit, il n'est pas qu'une occasion d'un sujet attaché à telle ou telle nourriture, mais la présentation d'un mode d'être dont l'acte de manger se présente souvent comme la seule alternative et le seul événement convoqué.

Lié à la dimension addictive, que nous aborderons par la suite, l'événement se déroule, d'après Chabonneau et Moreira[1194] à partir d'une relation de tension et de manque. Il y a une dimension pré-addictive constituée par ce vide, par un ennui que l'action hyperphagique sert à rompre à travers la consommation. Il s'agit d'une pathologie du moment dans le sens où le temps d'une action n'est plus respecté. L'hyperphagique brûle les étapes en souffrant car le temps ne passe pas assez vite entre les moments de prise de nourriture. Il veut raccourcir les délais en les précipitant ou par un excès de nourriture censé allonger le temps des prises, comme fait Paula en faisant semblant de modifier l'horaire de manger[1195]. Ce besoin d'un événement, notamment lorsqu'on reste par exemple chez nous, peut exister dans une certaine mesure, mais il n'est pas rempli forcément par un événement de nourriture, surtout avec une telle intensité et

[1192] C. Romano, *L'événement et le monde*. Paris : PUF, 1998, p. 86.
[1193] Cf. B. Pachoud, *op. cit*., p. 703.
[1194] G. Charbonneau, V. Moreira, « Fenomenologia do transtorno do comportamento hiperfágico e adicções », *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*., 2013, vol. *16*, n° 4, p. 535.
[1195] Voir p. 338.

une telle quantité. On a pu observer de façon générale, pendant les entretiens l'imminence constante de l'acte de manger comme événement et la centralité de cet acte dans la vie des patients.

Charbonneau et Moreira[1196] reconnaissent l'hyperphagie comme une pathologie de la structure de l'action dans une relation avec l'événement selon les formes suivantes : alimentation constante (grignotage), monumentalisation des repas comme un vrai « événement quotidien », multiplication des repas ou désorganisation volontaire de la consommation en empêchant la diète. Ces formes étaient présentes, chacune à sa manière et avec un mouvement personnel, dans les entretiens réalisés. On remarque ici les distinctions faites entre manger et grignoter, l'importance des repas, surtout ceux réalisés en famille, ce qui a été mis en évidence par les patients en France, et la désorganisation due à des questions émotionnelles.

On a pu enfin observer, à partir des entretiens, qu'« au moins » pendant l'acte de manger et même si les sensations sont mal ressenties, les patients semblent s'éloigner, d'une certaine façon, de leur souffrance et de leur vide, du fait de leur immersion dans l'acte de manger. Après avoir mangé la culpabilité apparaît, évoquant toujours le rôle de l'autre, son regard. Ainsi, on peut dire que l'hyperphagique vit un mode d'être-au-monde marqué par une structure de l'action qui est initiée, comme nous l'avons vu pendant les entretiens, par le vide, par l'essai de diminuer la souffrance ou par le besoin de compenser quelque chose, parmi d'autres possibilités, en donnant les conditions pour la recherche d'un vécu capable de remplir, de remplacer ces mauvaises expériences mais ce vécu est impacté ensuite par la culpabilité et par le regard, parfois écrasant, des autres. L'hyperphagique dit sentir un vide dans son corps comme un trou qui n'a pas de fond, manger pour remplir ce vide et pour agir contre la souffrance résultant de cette sensation de vide, se reprocher d'avoir trop mangé, d'être obèse, d'avoir commis un excès alimentaire et se rendre compte que ce vide ne peut pas être tout à fait rempli. Il y a une vraie souffrance chez l'hyperphagique, liée à cette dynamique quotidienne à laquelle il essaie désespérément d'échapper dans une « dispute » avec lui-même, avec son corps, avec son désir et avec le monde.

8.5. La dimension (non)addictive et le rôle des émotions dans l'hyperphagie

Quelques patients, dans les deux contextes, ont insisté sur le caractère addictif de leur expérience alimentaire et sur la présence d'émotions intenses lors de leurs comportements

[1196] *Ibidem*.

alimentaires. Ces observations ont suscité notre intérêt et nous voulons en discuter ici. En ce qui concerne la dimension addictive, au-delà d'une classification, il y une expérience reconnue comme telle par les patients qui signalent leur mode de relation avec la nourriture et le mode de manger qui leur est propre. En outre, il y a quelques patients qui, malgré l'absence de référence directe à l'addiction, présentent leur vécu dans une direction de ce type. On a pu constater, à partir des entretiens, le rôle important, voire central, des émotions dans le processus qui conduit vers le « manger ». Grâce à un regard phénoménologique nous essaierons de comprendre, en se basant sur les entretiens réalisés, le mode d'être addictif et comment les émotions citées y conduisent, puis nous nous proposerons de préciser en quoi et comment l'hyperphagie peut être assimilable (ou non) à une addiction. Parler d'une dimension addictive cela nous permettra de sortir un peu des limites imposées par les classifications et d'évoquer un possible mode d'expérience significatif dans l'hyperphagie.

Avant de croiser le champ de l'addiction avec celui de la nourriture, il nous faut explorer l'addiction de façon générale ; la pertinence nosographique de celle-ci est assez consensuelle et cela évite de réduire les comportements pathologiques à la consommation de substances psychotropes. Cependant, « aucune définition de cette notion ne semble complètement satisfaisante »[1197]. La notion d'addiction est marquée par sa capacité d'interroger d'emblée les frontières entre ce qui se présente comme une dépendance et ce qui relève simplement d'une mauvaise habitude ; autrement dit, elle met en question les limites entre le normal et le pathologique[1198]. D'après McDougall, les conduites de fuite addictive sont usuelles chez tout un chacun face à des événements qui dépassent la capacité habituelle du sujet à contenir les conflits et à élaborer une solution. Ainsi, il y une tendance répandue à manger, boire, fumer, prendre des médicaments pour trouver un certain « oubli » provisoire de la réalité. Le problème, comme le souligne l'auteure, se présente lorsque ces actes sont vécus comme « *la seule solution* dont le sujet dispose pour supporter la douleur psychique »[1199] et, d'une certaine façon, pour faire face à ses émotions. On a observé qu'une bonne partie des sujets-collaborateurs, dans les deux contextes, dépassent cette limite de normalité et vivent l'acte de manger comme une sorte de solution, même si parfois ils mentionnent leur incapacité à contrôler leurs actes ce qui instaure un certain paradoxe dans l'addiction entre un choix délibéré et conscient de l'acte alimentaire et un comportement incontrôlable. Toutefois, il faut dire aussi que, dans leur

[1197] Cf. M. Saïet, « Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif », *La Découverte*, *Mouvements*, 2016, vol. 2, n° 86, p. 52.
[1198] *Ibidem.*
[1199] Cf. J. McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *Revue Française de Psychanalyse,* vol. 68, n° 2, p. 512.

discours, on n'a pas beaucoup perçu l'identité de dépendance, à l'exception de patients comme Lisa et Sarah dans le contexte français, qui disent « *je suis accro* », expression qui est plus communément employée lors de l'usage d'alcool et de drogues. En revanche, quelques patients ont assumé leur dépendance à l'acte de manger et le posent comme la solution (Monique), le médicament (Paula), la manière la plus facile d'échapper à des problèmes (Pierre) ou même le « tout » (Laura) dont ils ont besoin. On a constaté, dans leurs discours, une identification plus remarquable de l'expérience hyperphagique à la perte de contrôle des prises alimentaires et à l'excès des ingestions d'aliments et aussi à la question de l'obésité.

L'étymologie du mot « addiction » apporte des éléments intéressants pour notre discussion. Dérivant du latin *addictus*, le mot fait référence à une coutume selon laquelle les individus étaient donnés en esclavage[1200]. Le sujet serait donc esclave de son objet, ce qui peut ne pas paraître évident si l'on considère les effets bénéfiques, dans le cas qui nous intéresse, de la nourriture, soit qu'elle atténue certains états affectifs désagréables, soit qu'elle soit source d'un possible plaisir. Plusieurs sujets interviewés ont attribué, sans équivoque, à l'acte de manger un effet bénéfique sur leur état affectif perturbé ; tristesse, mal-être, stress et sentiment de vide sont quelques unes des expériences qu'ils visent à atténuer à travers l'ingestion alimentaire exagérée. Dans les entretiens brésiliens, notre attention a été attirée par la référence récurrente à l'anxiété ; c'est ce que les patients cherchent à atténuer et c'est ce qu'ils considèrent comme la cause de leur expérience hyperphagique. La littérature relative à l'hyperphagie reconnaît une association particulière de celle-ci avec l'anxiété dans un processus temporel qui établit un rapport entre ces deux expériences[1201]. Cependant, cette relation n'est pas très nette car les recherches montrent l'association de l'hyperphagie avec la réduction de l'anxiété mais aussi indiquent qu'une certaine anxiété précède l'envie de manger et l'acte en soi. Cette contradiction exige que d'autres recherches soient entreprises pour essayer de comprendre le rôle temporel de l'anxiété, puisqu'il semble que celle-ci constitue un risque et est susceptible de conduire à l'hyperphagie[1202] et à l'obésité ; ceci ratifie l'importance des recherches qui peuvent mettre en relief le vécu et la qualité de l'expérience hyperphagique. Les sujets interviewés ont bien conscience que l'anxiété les conduit à considérer l'acte de manger comme

[1200] *Ibidem*.
[1201] Voir par exemple : N. W. Ostrovsky, C. Swencionis, J. Wylie-Rosett et al., « Social anxiety and disordered overeating : An association among overweight and obese individuals », *Eating Behaviors*, 2013, vol. 14, n° 2, 145–148.; R. A. Grucza, T. R. Przybeck, C. R. Cloninger CR, « Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample », Comprehensive Psychiatry, 2007, vol. 48, p. 124–131.
[1202] D. L. Rosembaum, K. S. White, « The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior », *Journal of Health Psychology*, 2015, vol. 20, n° 6, p. 888.

une manière de combattre, ou tout au moins de minimiser, les effets de leur anxiété.

On peut dire, d'une façon générale, que la manière dont les patients ont décrit leurs expériences corrobore la conception que l'un des buts du comportement addictif est de débarrasser le sujet de ses affects[1203] ou de les rendre supportables afin de diminuer la souffrance induite. Les émotions auraient un rôle important dans l'instauration de l'acte de manger. En effet les patients cherchent, parfois compulsivement, une « solution », même si celle-ci est illusoire, et cette solution est trouvée, le plus souvent dans une prise alimentaire compulsive « déclenchée par une contrainte intérieure irrépressible, générée par l'angoisse »[1204], avec pour but de neutraliser ou même simplement de diminuer le sentiment de détresse éprouvé.

Un point important, mentionné pendant les entretiens, et assez présent dans toute discussion autour de l'addiction, est la dépendance qui peut être vue comme un « *élément intrinsèque de la condition humaine* »[1205]. En ce qui concerne notamment la nourriture, nous sommes déjà, dans un certain sens, tous dépendants de la nourriture et cela débute dès les premières années de notre vie ce qui exige de nous, à cet âge, de nous faire nourrir avant d'être capable de nous nourrir nous-même. S'agissant de l'addiction et de l'expérience hyperphagique, nous devons considérer que cette dépendance dépasse largement le niveau nutritionnel. On peut se demander de quoi ces sujets sont dépendants ? La réponse est de l'acte de manger. L'accentuation du besoin de l'acte de manger et la reconnaissance de cet acte comme capable de réparer un malaise exprimé dans plusieurs sens conduit à un certain mélange entre la douleur, la souffrance, un certain plaisir et un soulagement. On peut évoquer ici, dans une référence qui dépasse la dimension addictive, l'alimentation émotionnelle, définie comme « le fait de moduler la consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété »[1206]. Il nous semble clair l'influence des émotions dans les comportements alimentaires, comme nous l'avons montré ci-dessus, et le bouleversement de la faim et de la satiéte. Mais s'agit-il du seul facteur déclenchant ? Nous ne le pensons pas. Sans entrer dans une logique explicative, il est difficile d'attribuer au bouleversement des émotions le résultat de l'hyperphagie ; cela serait d'après nous réducteur, même si nous observons que les patients évoquent plus les émotions que par exemple la faim proprement dite

[1203] Ibid., p. 513.
[1204] Cf. O. Ziegler, J. Mathieu, P. Böhme, « Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5 », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, n°3, 2017, p. 243.
[1205] Cf. J. McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », *op. cit*., p. 527.
[1206] S. Berthoz, « Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales », European Psychiatry, vol. 30, n° 8, 2015, p. 29-30.

comme facteur qui conduit à une alimentation excessive. Nous avons perçu tout au long des entretiens une certaine confusion entre émotions et sensations – tout est mélangé dans un conflit capable de produire un excès alimentaire qui a des effets divers et qui entraîne souvent une culpabilité. S'agissant de l'hyperphagie dans l'obésité, on peut ajouter que la présence de l'obésité s'est montrée comme un élément de plus pouvant induire la culpabilité. Les patients se culpabilisent autant parce qu'ils ont trop mangé que du fait de leur condition corporelle.

La question des émotions nous conduit à nouveau vers le corps et vers la compréhension de l'objectification du corps comme un mécanisme de défense contre les émotions qui serait la chose la plus menaçante dans les troubles alimentaires[1207]. Dans les deux contextes de recherches, on a pu percevoir cette objectification, surtout marquée par le désir de perdre du poids ou encore de récupérer le corps d'avant. Mais dans le contexte français le discours est orienté sur la question de la santé alors que dans le contexte brésilien, il est plus orienté autour de l'esthétique et de la beauté. Dans les deux cas les patients ont mis en évidence leur gêne par rapport au regard d'autrui qui les considère comme des objets hors norme. Objectifier n'est pas en soi une mauvaise chose, puisque cela permet un champ d'action commun, intersubjectif qui peut rendre possibles des actions thérapeutiques orientées vers la santé, efficaces si elles sont bien mesurées. Néanmoins, nous parlons ici d'une défense et d'un mode de (ré)agir aux émotions souvent difficiles à gérer et aussi du chevauchement de ces aspects objectifs sur l'expérience corporelle des sujets, sur leurs émotions. La plupart des sujets-collaborateurs, dans les deux contextes étudiés, reconnaissent, suite à une période de prise en charge, l'échec de l'adoption de façon isolée des régimes restrictifs et mettent en évidence l'importance d'un travail psychologique autour de leurs émotions et de leurs « évènements » de vie. La plupart d'entre eux se sont rendus compte de l'importance de ce qu'ils ressentent, voire de leurs émotions dans la constitution de leur expérience hyperphagique et de l'obésité ; tout cela démontre encore l'insuffisance d'une prise en charge tournée seulement vers ce corps vu comme objet.

Les sujets guidés par l'idéal « d'un corps désirable » font preuve d'une certaine rigidité et mettent un accent excessif sur leur corps dans un essai de le contrôler. Il ne s'agit pas our eux de contrôler, seulement, par exemple, l'ingestion alimentaire mais aussi de contrôler leur corps, leur vie. Tandis que Saint Pol parle « de tyrannie du corps désirable » [1208], Gaete et Fuchs

[1207] M. Gaete, T. Fuchs, « From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders », *Journal of Phenomenological Psychology,* 2016, vol. 47, p. 16.
[1208] Ibid., p. 15.

parlent eux de l'existence d'une tyrannie du *self* sur le corps, notamment, dans les troubles alimentaires[1209]. Tous ces modes de contrôle sont présents dans l'expérience hyperphagique ; il y a quelque chose qui dépasse l'acte alimentaire lui-même, tout en étant confronté à lui, dans la mesure où il agit sur et à partir des émotions. Cette discussion nous fait penser à l'expérience de Marion qui considère l'acte de manger comme une « *anarchie totale* » ou à celle de Karine qui conçoit l'acte de manger comme une liberté. En prenant le terme anarchie comme une sorte de défaut d'organisation ou d'absence de lois, de règles et de principes directeurs[1210], on observe une certaine rupture avec un contrôle normal ; ici , une modulation excessive conduit à l'extrême à un excès et à une hyper valorisation du rôle de l'acte de manger comme agent effectif face aux émotions. « Trop d'émotion conduisent à trop de nourriture » est une formule assez répandue et même usuelle, cela revient à dire qu'il est admis que les émotions, surtout les « mauvaises », conduisent vers l'acte de manger. Pendant les entretiens réalisés, les sujets ont révélé la difficulté de contrôler leurs émotions et la perte de la fonctionnalité de celles-ci , ce qui les a conduit, à leur avis, généralement et intensément vers la nourriture.

Gaete et Fuchs remarquent que les épisodes d'hyperphagie « sont principalement des moyens de 'manger des émotions' »[1211]. En mangeant, les patients essayent de remplir, de remplacer et même d'atténuer des émotions difficiles à supporter ou même « cachées », voire laissées de côté, tout au long de leur vie. On a pu percevoir que, même en concevant les épisodes d'hyperphagie comme une action négative et excessive, les patients sont habitués à aller vers la nourriture et souvent même sans s'en rendre compte. Cette approche nous permet de comprendre le rôle de la nourriture bien au-delà de son rôle nutritif car, en réalité, les patients sont en train de manger, d'une certaine façon, leurs émotions sans parfois, pourrait-on dire, « bien mâcher ». Ainsi, dans la perte de contrôle des prises alimentaires, ce « mécanisme de défense incarné » dépasse, c'est-à-dire transgresse, parfois de manière agressive, les limites du corps propre conduisant souvent à la culpabilité et à la honte[1212]. En ce qui concerne la culpabilité, la plupart des patients en France ont rapporté cette expérience comme faisant partie de l'expérience hyperphagique, ce qui a été beaucoup moins le cas lors des entretiens réalisés au Brésil. La honte proprement dite n'a pas été mentionnée directement par les brésiliens et très peu par les sujets en France[1213]. Pourtant, dans tous les cas on a pu percevoir que, lorsque les patients évoquent leur malaise face à l'obésité, apparaît une certaine honte qui est liée aux regards

[1209] M. Gaete, T. Fuchs, « From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders », *op. cit*., p. 31.
[1210] Voir : http://www.cnrtl.fr/lexicographie/anarchie
[1211] Cf. M. Gaete, T. Fuchs, *op. cit*., p. 32.
[1212] M. Gaete, T. Fuchs, *op. cit*., p. 33.
[1213] On fait référence ici particulièrement à l'expérience de Marine. Voir p. 294.

des autres, problématique assez présente dans les deux contextes.

Pour finir, et en résonance avec ce qu'on a entendu tout au long des entretiens par rapport à aux émotions des sujets, on peut affirmer que les patients ayant des troubles alimentaires ont une difficulté qui leur est propre à lire leurs signaux corporels relatifs à leurs émotions[1214] et, par conséquent, à les intégrer de façon cohérente et même salutaire dans le sens de permettre le mouvement de leur existence. Le travail clinique doit, à notre avis, s'établir autour des émotions dans le but de rétablir, chez les patients, le mode d'éprouver leur corps comme sujet, puisque, comme nous l'avons vu auparavant, il y a un bouleversement du vécu et même la perte du caractère propre du corps du fait de l'absence d'équilibre entre *corps sujet* et *corps objet*.

Après ces considération très générales, il faut dire que la reconnaissance de la dimension addictive de l'hyperphagie est controversée et instaure le questionnement sur l'existence d'une addiction à la nourriture[1215]. En la considérant en tant que telle, il s'agirait plutôt d'une addiction comportementale, c'est-à-dire une addiction sans drogue proprement constituée mais en tant qu'une expérience ou un comportement qui se répéterait afin de trouver du plaisir ou de soulager un malaise[1216]. Bien qu'étant fréquemment employée dans le langage courant, notamment chez les patients obèses, l'expression addiction à la nourriture ou addiction à manger n'existe pas encore comme diagnostic reconnu en psychiatrie. Des hypothèses ont été proposées, basées surtout sur des constations neurobiologiques qui indiquent l'activation, lors de certains actes alimentaires, des mêmes circuits neurobiologiques que ceux impliqués lors des addictions aux drogues classiques[1217] ; il y aurait donc peut être une similitude entre d'une part les processus de prises alimentaires excessives et compulsives et d'autre part les comportements addictifs. En outre, on peut dire que la création de la catégorie « *troubles addictifs »* dans le DSM-V, limitée pour l'instant au diagnostic de l'addiction au jeu d'argent, peut aussi se répercuter sur les recherches concernant l'addiction à la nourriture et la mise en évidence d'un type comportemental particulier et conduire à la classification de ce phénomène en tant qu'une addiction à s'alimenter[1218]. Des recherches plus poussées sur ce sujet seraient utiles dans la mesure où cela comporterait des implications pour le traitement et pour la

[1214] M. Gaete, T. Fuchs, *op. cit*., p. 35.
[1215] O. Albayrak, S. Wölfle, J. Hebebrand, « Does Food Addiction Exist ? A Phenomenological Discussion Based on the Psychiatric Classification of Substance-Related Disorders and Addiction », *Obesity Facts*, 2012, vol. 5, p. 166.
[1216] S. Cathelain, P. Brunault, N. Ballon, C. Réveillère, R. Courtois, « L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques », *La Presse Médicale*, vol. 3, n° 12, p. 1157.
[1217] L. Locatelli, J. C. Correia, A. Golay, « L'addiction à la nourriture », *Rev. Med. Suisse*, 2015, vol. 11, p. 695.
[1218] *Ibid.*, p. 700.

compréhension de l'expérience hyperphagique dans l'obésité.

Pour admettre l'hyperphagie en tant qu'addiction au manger (ou à la nourriture), il faut évidemment la comparer à d'autres modes addictifs ou même, dans notre cas, décrire ce mode d'être qui a comme particularité l'insertion d'un élément extérieur et concret – la nourriture – dans l'acte effectué. Dans ce sens, on peut percevoir que même au niveau neurophysiologique, la nourriture est différente d'une drogue au sens où ce terme est entendu généralement ; elle a une amplitude d'effets (dans le sens de l'action sur le comportement du sujet « accro ») moins importante que celle des autres agents addictifs, c'est-à-dire qu'elle n'est pas, en elle-même, aussi puissante que l'est ce que l'on appelle drogue. En outre, il nous semble que si la reconnaissance de l'hyperphagie en tant qu' addiction avait été suffisamment mise en discussion, ce comportement « déviant » aurait été probablement classé comme tel dans les manuels de psychiatrie. Parmi les difficultés à placer l'hyperphagie parmi les drogues il y a une caractéristique essentielle, à savoir la dimension pluriquotidienne et indispensable de l'acte de manger, et son objet (la nourriture) ; celle-ci étant nécessaire à la survie le sujet ne peut pas y renoncer : la « cure » de désintoxication classique ne peut pas être utilisée pour guérir le sujet. ; dans ce sens il s'agit vraiment de la « *pire addiction* », comme nous l'a dit Lisa.

Il nous faut ajouter encore que l'addiction et l'hyperphagie partagent une série de mécanismes communs mais ont aussi des éléments « uniques » qui leur sont propres. Parmi les mécanismes partagés, on peut citer la récompense dysfonctionnelle, le *craving*, le dérèglement émotionnel et l'impulsivité [1219]. Ce qui paraît unique dans l'addiction, c'est la grande importance donnée à la substance utilisée et à la question de sa tolérance ainsi qu'aux effets de retrait de la drogue. En ce qui concerne l'hyperphagie, les auteurs suggèrent que la restriction alimentaire, souvent marquée comme un antécédent important de l'expérience hyperphagique, et les préoccupations par rapport à la forme physique et au poids soient considérées comme des marques de son unicité[1220]. Sans nous étendre sur ces points, non reconnus par tous, nous estimons que la sagesse est de les relativiser, le plus important n'étant pas l'énumération des symptômes, mais la compréhension du « mode d'être addictif », démarche nécessaire pour savoir s'il existe un lien éventuel entre addiction et hyperphagie.

Considérer l'hyperphagie comme une addiction comporte des risques, surtout celui de se centrer plus sur l'« objet addictionnel » et sur le comportement constaté que sur le sujet lui-même ; une telle éventualité ne peut être écartée. Pendant les entretiens, on a pu constater que

[1219] E. M. Schulte, C. M. Grilo, A. N. Gearhardt, « Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders », *Clinical Psychology Review*, 2016, vol. 44, p. 130.
[1220] *Ibidem*.

la question de l'addiction a été évoquée, de façon assez fréquente par les sujets-collaborateurs français, surtout dans le sens d'une dépendance et d'une perte de contrôle des prises alimentaires. Dans les entretiens brésiliens, la nourriture comme drogue n'a été signalée que par Sarah qui se dit forcée de manger. Il est important de souligner que la plupart des sujets n'ont pas spécifié la nourriture vis à vis de laquelle ils avaient une relation addictive. Ils ont fait référence à leur mode de manger, à leur relation avec la nourriture en tant que quantité et aux comportements d'ingestion parfois exagérés mais jamais à la nature et à la qualité des aliments. De plus, les émotions sont présentées de façon semblable dans les deux contextes : l'acte de manger apparaît comme un moyen pour faire face à ce que les patients ressentent « trop » intensément. Il est pertinent de remarquer qu'il y a une dimension émotionnelle qui joue sur le comportement alimentaire mais il y a aussi une certaine difficulté, comme nous l'avons précisé précédemment , pour ces patients de ressentir leur corps, les sensations sont ressenties comme dans une certaine « anesthésie » lors des actes alimentaires. D'une certaine façon, les émotions, étant difficiles à gérer par le sujet, sont « remplacées » par l'acte de manger qui se présente parfois sans résonance, sans profondeur dans un « manger » impersonnel et vide. Cela rend possible des expériences comme celles vécues par quelques patients qui reconnaissent avoir mangé n'importe quelle nourriture et ce sans se rendre compte de l'acte de manger en lui-même et de l'excès alimentaire commis.

La dimension addictive mérite d'être plus explorée aux niveaux phénoménologique et anthropologique. Il faut dire aussi que tant par rapport à la question des troubles alimentaires qu'à celle des addictions, il n'y a pas un nombre significatif de publications en phénoménologie clinique. Nous assumons ici la position, en concordance avec celle de G. Charbonneau et en se basant sur les entretiens réalisés, que l'hyperphagie a aussi bien une dimension addictive que des aspects non addictifs. Ces deux dimensions peuvent rendre compte ensemble et séparément de cette expérience, de ce rapport à la nourriture, souvent sans contrôle, et marqué par une altération du mode d'éprouver le corps propre.

L'acte addictif peut être compris « comme une réponse à un 'état', une 'disposition', une 'forme de présence' : c'est une ré-action, qui incite le sujet à précipiter une action, la consommation ou l'accomplissement consommatif d'un acte »[1221]. Il y a une dynamique d'impulsivité en tant qu'effet d'une désorganisation de l'action. Sans une addiction, par exemple, il y aurait un investissement thématique, une durée, une profondeur et même une

[1221] Cf. G. Charbonneau, « Sentiment d'ennui, besoin d'événement et addictions », *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2015, vol. 4, n° 1, 15-38, p. 17.

ouverture par rapport à l'action et ses possibilités. Au cours des addictions, l'action n'est pas bien effectuée ou est mal conduite : elle est précipitée et il n'y a pas de gradation[1222]. Lorsqu'une patiente comme Rebeca par exemple nous raconte l'épisode au cours duquel elle a mangé un kilo de chocolat d'un seul coup, on peut percevoir toute la désorganisation que cela révèle. Le « manger » est toujours imminent et la dimension addictive hyperphagique serait marquée par l'envie répétée et irrépressible qui se superpose aux efforts du sujet pour se contenir, ne pas succomber à l'envie, mais ces efforts ne sont pas suffisants pour empêcher l'acted e manger. L'addiction à la nourriture signale l'incapacité à contrôler des conduites alimentaires et le positionnement de la nourriture comme objet d'envie : le résultat est l'impossibilité de ne pas manger. En ce qui concerne le « manger » proprement dit, la faim et la satiété ne sont plus les agents principaux de régulation, de contrôle et d'organisation. D'après Charbonneau et Moreira[1223], les états de tension prédisposent à des comportements compulsifs ou impulsifs hyperphagiques. Ils les nomment « tension addictive ». Ainsi, l'acte addictif serait aussi un résultat de cette tension, une sorte d'essai de sortir de cette tension ou même de la diminuer. Plus le sujet s'attache à l'acte de manger, plus cette tension a tendance à s'accentuer. Les patients hyperphagiques la vivent intensément dans leur quotidien en fonction de l'attachement excessif à l'acte de manger et de la dépendance, construite autour de cet acte. Il y a une expérience corporelle qui les pousse vers la nourriture basée sur une envie de manger vécue comme irrépressible.

En envisageant la dimension non addictive de l'hyperphagie, il faut d'abord reconnaître évidemment que l'hyperphagie n'est pas seulement une conduite addictive ou encore que cette délimitation n'est pas suffisante, voire qu'elle est réductrice, pour la compréhension de la problématique liée à l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Comprendre les aspects non addictifs de la relation à la nourriture, c'est entrevoir les conceptions préalables, les contraintes de vie, les habitudes qui à la fois poussent l'hyperphagique vers la nourriture et surtout qui empêchent l'hyperphagique de sortir de sa relation avec la nourriture.

Il y a tout d'abord une dimension anthropologique liée à ce phénomène, celle de la commensalité. Manger étant souvent *manger ensemble*, la relation à la nourriture prend un sens affectif particulier, qui se double de celui qui le rattache à l'espace de la famille. La commensalité ramène aux liens à la famille et à l'enfance. L'acte de manger comporte des affects et fait partie d'une histoire, d'un contexte, d'une situation. On se nourrit au-delà du sens

[1222] G. Charbonneau, V. Moreira, « Fenomenologia do transtorno do comportamento hiperfágico e adicções », *op. cit.*, 2013, p. 534.
[1223] *Ibid*., 531.

nutritionnel et cet acte se présente comme un modèle premier de la relation à l'autre. Tout cela se traduit en termes des rencontres, d'accès, de refus, de dépendance ou de séparation dans un positionnement dans la vie et par la vie. Comme le signale Durif-Bruckert, « l'histoire de nos appétits se mêle à nos vies, à nos amours et à nos haines »[1224]. Ces aspects, surtout ceux liés à la commensalité, ont été évoqués particulièrement par les sujets-collaborateurs en France, lesquels ont insisté plusieurs fois sur le rôle social de la nourriture, son importance dans la famille et dans la construction de leurs habitudes, alors que les sujets brésiliens se sont montrés plus tournés vers les symptômes et vers la question de la santé et surtout de l'esthétique face à l'obésité. Les références à l'enfance sont très présentes aussi et montrent la constitution historique et intersubjective des habitudes alimentaires. Il y a un mode de manger et une façon de se rapporter à la nourriture qui est incorporée tout au long de la vie du sujet.

Sous l'influence de Merleau-Ponty, nous avons discuté l'acte de manger comme une habitude et cette habitude est construite toujours avec les autres, notamment avec la famille ou avec ceux qui occupent ce rôle. Manger implique souvent un échange et on peut voir l'hyperphagie comme un mode d'expression qui s'édifie et se produit dans ce champ. Ce mode d'expression porte un langage particulier et ce que l'on a perçu tout au long des entretiens réalisés a été un attachement, parfois excessif, à la nourriture, à l'acte de manger. Cet attachement n'est pas anodin et se forme dans un tissu relationnel et historique en constituant une base qui porte le sujet. Il y a un corps marqué par les habitudes et par les modes de vie qui constituent l'usage particulier que l'individu fait de son corps tout en gardant une trace : « Quels que soient l'époque et le lieu, le corps garde l'empreinte du vécu de l'individu » [1225]. Ces marques affectent les modes d'expression des sujets et sont composées dans les groupes auxquels ils appartiennent, portées par le corps qui traduit ce que l'individu est pour la société [1226]. Autrement dit, l'expérience hyperphagique est composée dans un processus historique, vécue dans les relations édifiant parfois une relation troublée avec la nourriture qui assume un rôle trop large dans la vie des patients. Plus ce rôle s'intensifie, plus il se présente comme une alternative. Ces aspects sont à la base de toute expérience hyperphagique.

Dans la catégorie *Famille et l'acte de manger* par exemple, créé à partir des entretiens réalisés en France, on a bien observé le rôle de la famille dans la constitution de l'expérience hyperphagique. Une question apparemment simple comme celle qu'on a posé sur l'expérience

[1224] Cf. C. Durif-Bruckert, *La nourriture et nous : corps imaginaire et normes sociales*, *op. cit.*, p. 19.
[1225] Cf. T. de Saint Pol, *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, *op. cit*., p. 19.
[1226] T. de Saint Pol, « Obésité, alimentation et image du corps », *Médecine des Maladies Méthaboliques*, 2014, vol. 8, n° 3, p. 271.

de manger a conduit les sujets vers leurs histoires familiales, soit en essayant de trouver des justifications au comportement hyperphagique, comme l'a fait Jacques, soit en démontrant le manque de cet espace et son ambiguïté, comme l'ont évoqué Louise et Marine. Il s'agit d'un espace en famille, autour de la nourriture, où il peut y avoir un caractère convivial et affectif mais qui met aussi en jeu la visibilité et les jugements liés au corps et à l'acte de manger. Les émotions et les affects touchent et sont touchés par les actes alimentaires ; il y a une véritable dynamique. Lors des entretiens brésiliens, les sujets-collaborateurs n'ont pas mentionné la famille et la commensalité comme un point important traversant leur mode de manger. Ils ont abordé surtout le regard des autres et le contrôle des prises alimentaires au moment de manger. Ce regard nous semble viser surtout la dimension esthétique.

En ce qui concerne la dimension addictive de l'hyperphagie, nous avons discuté la question des émotions et le rôle possible, atténuant, du manger. Le fait de « *manger pour* » par exemple pour compenser ou pour minimiser un problème ne peut pas nous conduire dans l'immédiat vers une attitude addictive. Évidemment, nous parlons ici d'un recours excessif et répété vers l'acte de manger mais il ne s'agit pas forcément d'une addiction. Il nous faut considérer cet acte de façon plus large. Il faut d'abord être attentif à ne pas suivre une voie psychologiste et réduire la question à un niveau purement subjectif. Nous pouvons signaler ici, à partir des entretiens réalisés, que la plupart des patients ont vécu toute une histoire autour de la nourriture, et parfois en mangeant en excès. L'acte de manger a été construit par les sujets comme voies d'expression, d'échange, de soulagement, de remplissage et aussi de souffrance et de discrimination surtout liées à l'obésité, chaque fois selon une particularité propre au sujet . Tout cela se présente dans la tension vécue dans un corps comme « point de croisement corporéisé des fonctions culturelles/psychiques/sociales, et comme lieu d'expression de désir »[1227] et poussent les sujets vers la nourriture. Nous vivons dans une société de contrôle à plusieurs niveaux et le contrôle alimentaire est l'un des plus répandus en ce moment avec tous ses critères normatifs et mécanismes d'adhésion[1228]. La société actuelle encourage le contrôle alimentaire dans la perspective du maintien d'une bonne santé et l'hyperphagie est, dans un certain sens, l'antithèse de ce contrôle. Serait-elle aussi un certain mode de compensation ? Ce point nous fait penser à l'expérience de Karine et à sa compréhension de son expérience hyperphagique comme un certain moment de liberté ou même celle de Pierre qui considère que « manger » est facile, accessible. Dans un monde plein de difficultés et de problèmes à plusieurs

[1227] Cf. C. Durif-Bruckert, *La nourriture et nous : corps imaginaire et normes sociales*, *op. cit.*, p. 35.
[1228] C. Durif-Bruckert, « Le contrôle du corps nourri : rhétoriques de l'emprise et mouvements de dépossesion du sujet », *Connexions*, 2009, vol. 2, n° 92, p. 180.

niveaux, la nourriture peut se présenter comme une sortie ou encore, selon plusieurs patients, comme un vrai refuge, un abri.

L'acte de manger porte et est porté par une spatialité, une corporéité, une temporalité et un appel à l'autre ; il est traversé par les affects et révèle un mode d'être-au-monde. La nourriture a une fonction structurante qui est désorganisée chez l'hyperphagique, comme, par exemple, dans les temps des repas ; elle est aussi structurante par le lien qu'elle établit entre l'hyperphagique et l'entourage. Il nous semble qu'il faut refuser de considérer l'hyperphagie seulement comme une addiction, réduite à un mécanisme cérébral, comportemental ou un attachement, parfois vu comme aléatoire, au « manger ». Mais on ne doit pas non plus succomber au risque de trouver dans l'horizon historique et social des patients la source d'une logique explicative. L'insuffisance de ces deux conceptions, puisqu'elles sont vues souvent de façon séparée, se présente comme une justification pour la considération de l'hyperphagie à la fois dans sa dimension addictive et dans ses conditions de possibilités. En prenant comme base les entretiens réalisés, on a pu observer l'amplitude de l'expérience hyperphagique et son organisation qui conduit tant à des éléments considérés comme addictifs – liés au type de relation établie avec la nourriture –, qu'aux origines de ce mode d'être-au-monde à partir des modes de vie, des échanges et des habitudes construites tout au long de la vie.

Conclusion de la quatrième partie

Nous considérons que pour la construction d'une approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité le contact avec ceux qui ont vécu cette expérience. a été fondamental. Grâce à une méthode qui met au premier plan l'expérience, nous avons pu entendre les différentes significations et l'expression d'une expérience psychopathologique qui est souvent laissée de côté par rapport à d'autres troubles alimentaires et qui peut se présenter *avec* et *sans* l'obésité. Tout au long de cette partie, nous avons abordé l'expérience hyperphagique et l'obésité de façon séparée, mais sans les dissocier complétement. L'analyse et la discussion des résultats nous ont montré qu'il y a une spécificité d'être obèse qui produit des sens spécifiques, mais aussi une expérience hyperphagique avec des caractéristiques et des sens propres. Cette séparation didactique, établie à partir du mode dont les patients ont répondu aux questions, nous a permis de comprendre que les frontières entre les deux phénomènes ne sont pas bien nettes et qu'il y a une mutuelle « interaction » qui affecte le mode de vie des sujets. Si l'association entre l'hyperphagie et l'obésité est courante, au niveau

phénoménologique on doit essayer de comprendre ce qui est propre à chaque expérience et le mode selon lequel elles jouent ensemble et potentialisent la souffrance qui les caractérise.

En ce qui concerne l'obésité et son statut souvent indéterminé, on a bien constaté les implications de cette condition corporelle tant au niveau physique et quotidien qu'au niveau psychologique en fonction du mode selon lequel les patients sont vus et jugés. Notre attention a été attirée sur le rôle majeur du regard des autres sur les sujets et la souffrance que ce regard induit. Même en étant située en dehors des critères psychopathologiques, on a observé que l'obésité implique un certain mode d'être-au-monde. Il s'agit d'un poids lourd physiquement, mais souvent beaucoup plus lourd du fait de la souffrance qu'il produit. Il y a un mode d'organisation mis en action par l'expérience d'être obèse. À partir des entretiens, on a pu constater que la souffrance des patients obèses se produit de façon intersubjective et se centre sur la visibilité du corps et sur l'invisibilité du sujet lequel est souvent remplacé par ce corps vu comme « hors norme ». L'obésité porte une marque dont il est difficile de se débarrasser sans un changement de l'aspect de ce corps. Cependant, on considère qu'il s'agit d'un erreur l'excessive objectification de ce corps et le fait de le situer constamment comme cible des interventions. Tout au long des entretiens, on a constaté que l'une des problématiques la plus compliquée par rapport à l'obésité est la réduction du sujet à son corps et l'orientation excessive des traitements pour aboutir à un simple changement pondéral.

L'expérience hyperphagique permet d'abandonner une considération réductrice de la condition corporelle du sujet pour s'intéresser à un comportement qui dépasse ce qui peut être considéré comme normal. L'hyperphagie est capable de changer le statut de l'obésité, aussi bien que la prise de poids et peut bouleverser cette expérience qui est déjà en soi-même difficile à vivre. Ainsi, nous considérons, à nouveau, qu'il est très important de procéder à une exploration phénoménologique qui soit capable d'élucider la constitution de ces expériences vécues et leurs relations. En ce qui concerne le vécu hyperphagique proprement dit, l'expérience des patients nous a montré le changement du mode d'éprouver leur propre corps. Ils ont une difficulté à ressentir leur propre corps alors que l'acte de manger est exacerbé et prend la place centrale dans leur vie. Le sens du « hyper », au-delà de la quantité de nourriture, dénote une centralisation de l'acte de manger comme une réponse, comme un recours indispensable et de plus en plus souvent convoqué. On doit considérer qu'il faut sortir de la représentation simpliste de l'hyperphagie en termes de quantité alimentaire et adhérer à une compréhension qui met en jeu l'amplitude de cette expérience et le rôle très large de l'acte de manger. Lorsqu'on évoque l'expérience hyperphagique, l'une des caractéristiques la plus citée est la perte du contrôle de la prise alimentaire. Tout au long des entretiens, on a observé la

description faite par les patients sur ce sujet et sa relation avec leur expérience relative au corps. Il nous faut signaler une certaine ambiguïté dans ces expériences car en même temps que les patients signalent l'impossibilité d'un contrôle des prises alimentaires, ils affirment, de façon consciente, pourrait-on dire, l'importance et la centralité de l'acte de manger.

À partir des entretiens, nous pouvons conclure que l'expérience hyperphagique dans l'obésité est largement marquée par un centrage du corps comme objet lequel converge avec la caractérisation phénoménologique des troubles alimentaires[1229]. On a vu auparavant que ce centrage est une marque de notre société contemporaine. Dans les cas étudiés grâce aux entretiens réalisés, il y a une double incidence : 1) autour d'un corps obèse qui est l' « ennemi », l'élément hors norme qui définit le sujet jusqu'à son changement et qui est la cible à combattre ; 2) autour d'un sujet perdu dans son corps qui vit des épisodes hyperphagiques en oscillant entre une plongée désespérée et débridée dans la nourriture et une culpabilité écrasante suite à l'« excès » alimentaire. On a observé de façon très marquée le mode dont les sujets-collaborateurs dans les deux contextes éprouvent leur propre corps comme objet regardé, jugé, évalué par les autres, par le monde. Avec l'obésité, ce « massacre » dû à l'effet négatif du regard des autres est très flagrant. Cet effet se retrouve dans le vécu hyperphagique ; on peut le voir dans les contraintes relatives à la forme corporelle, dans la culpabilité ressentie par le sujet et dans la tentative, comme nous l'avons montré, de « répondre » à des émotions par une expérience alimentaire soi-disant capable de remplir quelque chose, de combler un vide. Il s'agit d'un corps qui est de plus en plus objectifié, voire contrôlé, qui tend à laisser de côté le sujet qui l' habite.

Nous avons ensuite discuté les résultats de la recherche dans deux contextes culturels différents : français (à Paris) et brésilien (à Fortaleza). Notre but n'était pas de faire une comparaison stricte, mais de mettre en évidence un mode d'expérience pouvant être différent en fonction du contexte vécu. Évidemment, chaque contexte culturel fournit des éléments spécifiques, plus ou moins reconnaissables, qui affectent les expériences quotidiennes et le mode d'être-dans-le-monde des sujets. Dans notre recherche, nous avons trouvé plus d'éléments communs que de différences en ce qui concerne le vécu hyperphagique dans l'obésité. Parmi les points communs, nous pouvons citer le refus social de l'obésité qui affecte le mode de vivre leur condition corporelle par les patients, la souffrance intense liée à la fois à l'obésité et aux expériences hyperphagiques, les altérations du mode d'éprouver le corps propre comme marque du vécu hyperphagique et la centralité de l'acte de manger. Ces éléments

[1229] Voir chapitre 6.

généraux révèlent à la fois des nuances dues à chaque culture et l'expression d'un vécu qui est le propre de l'expérience hyperphagique dans l'obésité tout en montrant le mode de fonctionnement.

Les entretiens réalisés en France, et compte tenu du contexte dans lequel se sont déroulées ces expériences, révèlent des habitudes autour de la table très différentes de celles de l'expérience brésilienne et mettent en évidence le fait que la santé est une préoccupation majeure face à l'expérience hyperphagique dans l'obésité pour les français. Les entretiens réalisés au Brésil nous semble avoir révélé une discrimination du sujet obèse plus fréquente qu'en France et plus basée sur la prise en compte de l'esthétique que sur la santé. Ce point nous paraît correspondre à une non acceptation de l'obésité. En outre, les sujets à Fortaleza ont très souvent fait référence à d'autres psychopathologies. Il nous semble que dans ce contexte il y a un discours pathologique plus présent, alors que les patients en France se sont montrés plus critiques et plus en contact avec ce qu'ils ressentent, ce qui a permis une description plus élaborée de leur vécu.

Cette partie de la thèse a eu comme priorité l'expérience vécue des sujets-collaborateurs à partir des entretiens cliniques, tout en respectant le mouvement de l'expérience et l'ouverture que toute approche phénoménologique doit avoir. Notre intention n'a pas été de bâtir un discours psychopathologique capable d'épuiser tout ce que l'on pourrait dire sur le vécu hyperphagique dans l'obésité, mais de permettre le dévoilement de l'expérience et l'usage de la phénoménologie comme voie de compréhension de cette pathologie. Il s'agit ici d'une rencontre entre notre parcours « théorique », présenté tout au long de cette thèse, et la qualité du vécu des patients qui est la source principale et indispensable de notre étude.

Considérations Finales

Tout au long de cette thèse, nous avons voulu proposer une approche phénoménologique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Cette approche a été construite grâce à un long parcours soigneusement choisi en fonction des nuances de notre sujet et des affinités théoriques qui nous ont servi de base pour ce travail. Nous avons pris en effet la décision de faire un parcours, pourrait-on dire, interdisciplinaire de l'expérience vécue par le patient lors des troubles alimentaires, en tenant compte de ce qu'apportent l'histoire de la philosophie, de la psychopathologie et de la clinique mais en considérant aussi les éléments culturels qui peuvent composer cette expérience – paradigmes utilisés ici pour la compréhension de l'expression psychopathologique. Il s'agit d'un travail phénoménologique de confrontation qui a permis avec la clinique au niveau pratique et avec la psychopathologie au niveau « théorique », un accès au vécu du sujet et aussi à la compréhension de l'expérience elle-même, tout en reconnaissant l'impossibilité d'épuiser un tel sujet. Autrement dit, notre approche phénoménologique s'est proposée à la fois d'être ouverte et de garantir le flux de l'expérience mais aussi de bâtir un discours consistant en psychopathologie, ancré sur les outils qui proviennent de la phénoménologie. Les considérations, voire les conclusions, que nous allons exposer sont la continuité des propositions évoquées à la fin de chacune des quatre parties de la thèse et visent à donner un aperçu général des contributions diverses, des ouvertures possibles et aussi des limites de ce travail.

À partir de la discussion historique proposée, nous avons pu percevoir l'incidence d'un discours autour du corps qui, par conséquent, affecte les sujets dans leur quotidien. Le sujet contemporain est « corporel », dans le sens où il se sent visé dans sa condition physique par le regard d'autrui et est hanté par cette visibilité qui peut être, et l'est souvent, bouleversante pour lui. Cette dimension historique de l'aspect physique du corps et de son retentissement sur le vécu du sujet, montre les modes d'être malade (pour le sujet et pour autrui) en cas de troubles alimentaires et contribue à la compréhension du bouleversement du mode d'être corps chez le patient. Il nous faut être attentifs à ne pas légitimer les discours qui sont au centre de notre société occidentale. Nous parlons ici d'un corps contrôlé à tout prix, normalisé et corrigible. Évidemment, ce jeu du savoir-pouvoir est en relation avec des intérêts économiques. Nous sommes dans l'impossibilité ici de préciser dans quelle mesure les changements historiques par rapport à la notion de corps et aussi les discours de la psychiatrie contribuent, dans notre cas, à l'expression du vécu hyperphagique dans l'obésité. Cependant, nous pouvons considérer que

la mise en évidence progressive de l'importance du corps contribue, et peut même conduire, à un attachement plus évident à ce corps et aussi à un contrôle du corps qui s'institue dans la relation du sujet (par son corps) avec le monde et avec autrui. Dans l'expérience hyperphagique on parle souvent de la désappropriation du corps vécu mais ce mouvement se produit pour autant que ce corps, dans une certaine mesure, n'est plus considéré par le malade comme lui appartenant : il ne le reconnaît pas, il lui est étranger comme l'affirme l'un des sujets interviewés. Il s'agit d'une intercorporéité menaçante qui au lieu de permettre la cohabitation du sujet avec son corps tend à objectifier le sujet et lui fait voir dans ce corps ce qu'il devrait être et aussi ce qu'il devrait manger.

Par rapport à la psychiatrie, nous avons vu une progression, pas un progrès, d'un discours que de plus en plus reconnaît et définit des nouvelles maladies. De telles catégorisations touchent le sujet dans son quotidien et fournissent des étiquettes, parfois rassurantes, grâce auxquelles le sujet peut se dire porteur d'une maladie. Si d'un côté la classification de l'hyperphagie comme maladie incite à faire des recherches sur cette pathologie afin de mieux comprendre cette expérience vécue par le sujet, ce qui est positif, d'un autre côté, elle est source d'équivoques, tel un changement de statut de l'obésité et de l'hyperphagie, vues désormais comme « naturelles ». Un sujet obèse même avec le diagnostic d'hyperphagie continuera à être obèse et sera encore jugé et visé en fonction de sa condition de « gros », incapable de contrôler ses prises alimentaires. Malgré tout, on peut espérer qu'il y aura l'incorporation d'un élément psychopathologique par le sujet et autrui et que l'« échec » de l'obèse devant son poids qu'il ne peut contrôler sera mieux accepté ou même sera justifié pour autant qu'il n'est plus seulement obèse mais hyperphage. Ces constatations montrent l'importance de recherches qui puissent mettre en évidence la relation entre l'hyperphagie et l'obésité.

Lorsque nous avons décidé de suivre les pistes tracées par Merleau-Ponty pour comprendre les troubles alimentaires et l'obésité, notre désir était celui d'avancer qualitativement dans le dévoilement et dans la mise en évidence du corps comme voie de l'expérience et de s'éloigner d'une vision assez réduite de ce corps comme objet. La spécificité, mais aussi le défi, du chemin choisi dans cette thèse était celui de comprendre toute l'amplitude et la rigueur des travaux de Merleau-Ponty sans trop nous éloigner de notre priorité – le vécu hyperphagique dans l'obésité. Nous considérons que la phénoménologie de Merleau-Ponty nous a fourni des outils suffisants pour composer notre propre point de vue des troubles alimentaires et de l'obésité inspiré par sa philosophie. Cette thèse n'est qu'un premier pas qui ouvre la possibilité de recherches postérieures autour d'une phénoménologie des troubles

alimentaires inspirée par son œuvre et complétée par l'apport d'autres phénoménologues. Autrement dit, les discussions proposées ici peuvent s'élargir comme un paradigme fécond en psychopathologie et notamment par rapport aux troubles alimentaires. La richesse de la philosophie de Merleau-Ponty comme inspiration en psychopathologie des troubles alimentaires, position qu'on soutient dans cette thèse, ne se restreint pas seulement dans les descriptions du corps propre, référence souvent utilisée en psychopathologie, mais aussi et surtout dans la considération de la radicalité de notre coexistence et de notre coappartenance dans le monde, ce qui affecte évidemment le mode de voir les différentes psychopathologies. Il ne s'agit plus ni d'un corps isolé ni d'une psychopathologie qui appartient « seulement » au sujet, mais d'un mode de voir les deux dans la radicalité des échanges et dans les empiètements (sujet, autrui, monde) qui marquent toute existence. Nous considérons que cette approche élargit l'horizon de la compréhension du vécu du sujet.

Suivre le parcours théorique de Merleau-Ponty, qui s'étend de la notion de corps jusqu'au schéma corporel et à la chair, nous a permis, à travers ses discussions autour du corps, une compréhension du mode de l'expérience hyperphagique dans l'obésité, de son organisation, à partir de la notion de schéma corporel et de son enracinement dans le monde, dans un dialogue avec le concept de chair qui permet un approfondissement du mode de comprendre le corps. Tout cela nous a conduit à proposer quelques lectures qui ne visent pas à « définir » un mode d'expérience, mais de comprendre la spécificité de celui-ci. Parmi les réflexions réalisées autour de l'expérience hyperphagique dans l'obésité, nous pouvons retenir trois éléments comme plus féconds et plus essentiels pour le dévoilement de ce phénomène : 1) l'habitude de manger comme une dimension qui traverse l'expérience hyperphagique et (re)place l'acte de manger au centre de la vie des patients ; 2) le bouleversement de l'expérience corporelle qui accentue la perte de l'équilibre entre le corps sujet et le corps objet et révèle un sujet perdu dans son mode d'*être* et d'*avoir* un corps ; 3) le caractère (in)visible du corps qui affecte cette expérience, la désorganise, tout en étant produit dans le tissu charnel de notre expérience.

Si la phénoménologie de Merleau-Ponty nous a permis d'établir une certaine base pour la compréhension de notre sujet, la phénoménologie clinique nous a conduit vers d'autres éléments à partir des contributions de Binswanger et de Tatossian. On peut tout d'abord affirmer que nous avons trouvé là aussi un terrain fécond. Même si le domaine d'études prioritaire de la psychopathologie phénoménologique est celui des psychoses, il nous semble que la phénoménologie clinique dans toute son amplitude offre des ouvertures qui peuvent être utilisées pour l'élucidation d'autres modes d'être malade et en particulier, nous avons essayé de le montrer, pour l'étude des troubles alimentaires. Binswanger nous a conduit à nouveau

vers le corps en reconnaissant que « le *Dasein* est corporel ». Par rapport au vécu hyperphagique, il nous semble que sa discussion autour du mode d'être périphérique et du mode d'être central aide à dévoiler cette expérience puisque une certaine distance du corps est admise dans le sens où le sujet hyperphagique semble avoir perdu le pouvoir sur son corps, un corps qui prend pour soi l'existence. La question des directions de sens nous a conduit aussi vers la réflexion des sens qui englobent et rendent possible l'expérience hyperphagique dans l'obésité. Nous considérons qu'il y a toujours une direction de sens qui peut aussi être un paradigme de compréhension et d'analyse. Par rapport aux contributions de Tatossian, nous considérons que sa direction anthropologique par la voie de l'identité nous a fait mettre en évidence l'hyper rôle du corps et de l'acte de manger et nous a conduit vers la liberté du sujet, dans ce cas de *pouvoir ne pas manger* ou de *ne pas pouvoir ne pas manger*, comme point de référence en psychopathologie. De plus, pour autant qu'il aborde les altérations du temps, de l'espace, du corps et de la relation avec l'autre comme dimensions de l'existence et comme conditions de possibilité de l'expérience hyperphagique, il nous a permis une orientation qui va au-delà du corps et incorpore ces autres dimensions aussi importantes pour le vécu du sujet. Tant les travaux de Binswanger que ceux de Tatossian nous ont fourni des éléments d'analyse de cette expérience hyperphagique. En ce qui concerne l'état de l'art, notre conclusion, outre l'insuffisance des recherches et de publications sur les troubles alimentaires, est celle de l'existence d'une opportunité car un champ est ouvert et devrait être exploré en utilisant les bases théoriques et cliniques fournies par la phénoménologie à partir des conceptions, entre autres, de Merleau-Ponty, de Binswanger et de Tatossian.

Toutes les considérations théoriques seraient de peu d'intérêt pratique, et parfois peu phénoménologiques, sans la clinique envisagée comme direction. À travers des entretiens avec des sujets hyperphagiques et obèses, au Brésil et en France, nous considérons avoir pu approcher un peu l'expérience hyperphagique dans l'obésité en ayant comme référence les deux contextes étudiés. Ces entretiens nous ont confirmé la richesse et le caractère indispensable de l'expérience clinique qui permet d'ailleurs de (re)voir et de (re)penser les propositions théoriques formulées dans les autres parties de la thèse. C'est ce jeu d'aller-retour qui a nourri notre recherche en respectant les impératifs méthodologiques suivis. Notre point ici est de dire qu'on a été affecté par cette clinique tout au long de ce travail.

À partir des entretiens, nous pouvons émettre quelques considérations générales. La première concerne la relation entre hyperphagie et obésité. Le discours des sujets-collaborateurs et même l'organisation de nos résultats dans la quatrième partie nous ont montré qu'il s'agit de deux expériences vécues de façon différente. L'obésité produit un mode d'expérience liée

surtout à la condition physique, à la visibilité de ce corps hors norme, aux jugements et à la pression des autres pour ne plus avoir ce corps hors norme. En ayant ce corps, les patients se sentent souvent réduits à leur condition corporelle, assujettis. Il y a aussi souvent une confusion entre ce corps que l'obèse est, celui qu'il a et ce qu'il devrait et parfois voulait avoir. La mutabilité et l'inachèvement du corps est toujours en jeu. L'expérience hyperphagique, de son côté, nous a révélé un sujet loin de son corps, surtout en fonction de la souffrance, des émotions présentes, un sujet qui ne veut pas ressentir son corps en souffrance et qui trouve dans l'acte de manger la voie, parfois la seule, pour se protéger d'une telle souffrance, pour remplir un vide, pour se sentir bien, pour apaiser une angoisse, parmi d'autres possibilités. Pendant les épisodes hyperphagiques, le sujet est axé sur la nourriture et surtout sur l'acte de manger qui est le centre de son existence. L'acte de manger correspond à une envie irrépressible de manger, sans véritable sensation de faim puis de satiété, sans même souvent la sensation de plaisir à ingurgiter des aliments. La culpabilité souvent ressentie nous a révélé le retour de l'autre, la sortie de la plongé dans la nourriture qui pourrait « tout effacer ». Ainsi, hanté par la quotidienneté du manger, ils vivent cette dynamique. En séparant hyperphagie et obésité, nous pouvons percevoir qu'elles dénotent des expériences différentes qui peuvent ne pas être liées mais qui le sont parfois et doivent être comprises dans leurs spécificités. Cependant, il faut dire aussi que les frontières ne peuvent pas être tout à fait établies dans le sens où l'une peut toujours dépasser la frontière de l'autre et où ces frontières peuvent interférer. Nous estimons qu'il est important, du point de vue clinique, de ne pas trop vite confondre ces expériences et établir une relation entre elles. Cette réflexion nous permet de rappelere qu'un travail phénoménologique serait susceptible d'élargir l'expérience et de faciliter la compréhension des différents modes d'existence de ces patients.

La deuxième considération nous conduit vers l'objectification du corps. Ce point traverse toute cette thèse comme un point commun et s'est présenté de façon claire aussi pendant les entretiens. Il y a une objectification du corps qui marque les modes de le vivre, produit de la souffrance et traverse la composition des troubles alimentaires. Les entretiens nous ont révélé une désappropriation du corps souvent vécue dans l'expérience hyperphagique avec obésité : un corps difficile à reconnaître comme sien par le sujet, un corps qui ne lui appartient pas, un corps qui doit changer du fait du regard d'autrui et des pressions familiales ou environnementales, un corps sans contrôle possible, un corps hanté par un regard quotidien écrasant venant des autres. Ces éléments composent l'expérience hyperphagique dans l'obésité, vécue par les patients interviewés dans les deux contextes. Nous sommes convaincus que le travail clinique passe par la réappropriation de ce corps par le sujet et par la récupération de sa

condition de sujet qui peut ressentir, choisir, souffrir sans recourir à la même façon, trop manger, pour « résoudre » ses difficultés. Plus le phénomène sera dévoilé et compris dans un travail clinique, plus il sera possible de construire un nouveau mode de vie. En s'attachant trop à la dimension pathologique ou aux catégories nosologiques imposées, nous oublions souvent le sujet qui habite ce corps et vit l'expérience. La phénoménologie clinique peut se présenter comme l'un des chemins.

La troisième et dernière considération autour des entretiens concerne la « comparaison » entre les deux contextes. Il s'agit d'une expérience particulier vécue en deux contextes trop différentes et une comparaison peut conduire à une logique classificatoire et parfois morale qui serait regrettable. En outre, au niveau de l'expérience hyperphagique, on a observé qu'il y a un mode d'éprouver cette expérience qui dépasse les différences culturelles, ce qui nous a permis de parler d'un vécu, pourrait-on dire, commun. Cependant, il y tout un jeu de significations qui agit aussi sur ces expériences. Il faut d'abord considérer que, même s'agissant de deux contextes assez différents, les sujets vivent un monde globalisé où les contacts, les échanges entre les cultures et les modulations du mode de vie tendent de plus en plus à se rapprocher comme marque d'un monde occidentalisé et de plus en plus semblable. Ensuite, nous avons pu percevoir quelques nuances comme l'accent mis, au niveau corporel, sur la santé en France, et plutôt sur la forme et l'esthétique au Brésil. Au Brésil, il nous a semblé y avoir une discrimination par rapport à l'obésité plus mise en évidence, plus ressentie par les sujets et la présence d'un discours vers la pathologisation de l'expérience, alors qu'en France cette pathologisation est dirigée plutôt vers les questionnements et vers une position critique par rapport aux traitements. Dans les deux contextes, nous considérons que les sujets de façon générale se sont montrés conscients par rapport à l'importance de se « repositionner » dans leur corps, de pouvoir comprendre leurs expériences et d'avoir une prise en charge qui ne soit pas centrée seulement sur ce corps comme objet à changer mais tienne compte des facteurs psychologiques, des évènements de la vie, du vécu.

En arrivant à la fin de notre parcours, il nous faut signaler quelques sont les limites de cette recherche. Une première limite est le fait d'avoir réalisé un seul entretien avec les patients. D'autres rencontres ou l'usage d'autres cas cliniques pourraient être l'occasion de mieux comprendre l'horizon historique des patients et leur expérience vécue. En outre, une exploration de chaque culture serait aussi souhaitable. Une deuxième limite, celle-ci au niveau théorique, est mise en évidence . L'exploration d'autres domaines en psychopathologie auraient pu être utilisée pour la recherche, comme celui de la psychanalyse, de la psychosomatique, parmi d'autres approches. Cependant, nous avons décidé de suivre la direction phénoménologique en

considérant sa fécondité et le fait que ce travail pourra constituer une modeste contribution dans ce domaine. Pour terminer, nous considérons que la longueur de ce texte peut rendre difficile la compréhension de l'ensemble de la proposition. Nous avons essayé malgré tout d'organiser le texte de manière logique et cohérente au niveau méthodologique et théorique pour qu'il puisse être compris tant dans son ensemble que dans ses parties.

Une recherche, au-delà des conclusions exposées, nous ouvre des horizons pour proposer de futures investigations. Nous estimons que la direction suivie ici peut et doit être continuée en explorant d'autres psychopathologies, en les comparant, en évoquant d'autres contextes. L'amplitude de l'expérience hyperphagique nous indique la nécessité de recherches autour de cette expérience vécue par exemple dans la boulimie et aussi dans quelques cas d'obésité. Les recherches phénoménologiques avec des patients obèses, avec et sans hyperphagie, peuvent aider à la compréhension de la dynamique de ces expériences et des nuances de chaque mode d'être. Il y a un champ ouvert, pouvant être exploré, qui s'édifie dans le dialogue entre les « phénoménologies » et la clinique au sens large et que nous avons l'intention de mieux connaître. Une approche phénoménologique nous permettra une orientation clinique, critique et éthique, mettant au premier plan le contact avec l'expérience vécue par le sujet comme point d'ancrage et se proposant de dévoiler, à partir d'un mode de voir le sujet tel qu'il se voit, sa relation avec le monde et avec autrui, voire avec lui-même. Il s'agit d'un difficile chemin que nous nous proposons à (re)construire au niveau clinique et de la recherche dans les années à venir.

Bibliographie citée

1. ABETTAN, C. The current dialogue between phenomenology and psychiatry : a problematic misunderstanding. *Med Health Care and Philo*, vol. 18, n° 4, 2015, p. 533-540.

2. ABETTAN, C. Introduction. In : *Phénoménologie, Psychologie, Psychiatrie*, BINSWANGER, L. Paris : Vrin, 2016.- p. 07-19.

3. ALBAYRAK, O., WÖLFLE, S., HEBEBRAND, J. Does Food Addiction Exist ? A Phenomenological Discussion Based on the Psychiatric Classification of Substance-Related Disorders and Addiction. *Obesity Facts*, 2012, vol. 5, p. 165-179.

4. AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In : *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas* / org. par BRUNS, M. A. T., HOLANDA, A. F. São Paulo : Ômega, 2001.- p. 15-22.

5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1989.- 624p.

6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.- 4e éd. Paris : Masson, 2003.- 1065p.

7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Issy-les-Molineaux : Elsevier Masson, 2015.- 1 vol., 1114p.

8. ANGELINO, L. L'apriori du corps chez Merleau-Ponty, *Revue internationale de philosophie*, 2008, vol. 2, n° 244, p. 167-187.

9. APFELDORFER, G. Le corps comme icône en souffrance. ***Dilecta*, «** *Corps »*, 2008, vol. 1 n° 4, p. 71-78.

10. APPART A., TORDEURS D., REYNAERT C. « La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques ». *Louvain* Médical, 2007, vol. 5, n° 126, p. 153-159.

11. ARASSE D. La chair, la grâce, le sublime. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 431-500.

12. AUBRY N., VERCRUYSSE N. Approche clinique du « poids de la perte » chez la personne obèse. A clinical approach of the « weight of the loss » among obese patients. *Obésité,* 2009, vol. 4, p. 210-215.

13. AYOUCH, T. *Maurice Merleau-Ponty et la psychanalyse. La consonance imparfaite*. Lormont : Le Bord de l'eau, 2012.- 198p.

14. BARBARAS, R. *De l'être du phénomène : sur l'ontologie de Merleau-Ponty*, 1991. Grenoble : J. Million, 2001.- 379p.

15. BARBARAS, R. De la phénoménologie du corps à l'ontologie de la chair. In : *Le Corps* / org. par Goddard J.-C. Paris: Vrin, 2005.- p. 207-250.

16. BARBARAS, R. *Introduction à une phénoménologie de la vie*. Paris : Vrin, 2008.- 381p.

17. BASDEVANT A. Buts et abus de la définition médicale contemporaine, In : *Trop gros? L'obésité et ses représentation* / org. par CSERGO J.. Paris : Éditions Autrement, 2009. - p. 112-122.

18. BASDEVANT A., ARON-WISNEWSKI J., CLEMENT K. Définitions des obésités. In : *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité* / dir. par A. Basdevant. Paris: Lavoisier, 2011. - p. 3-9.

19. BASSO, E. From the problem of the nature of psychosis to the phenomenological reform of the psychiatry. Historical and Epistemological remarks on Ludwig Binswanger's psychiatric project. *Medicine Studies*, 2012, vol. 3, n° 4, pp. 215-323.

20. BASSO, E. L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme « science du singulier ». *Histoire, Médecine et Santé,* 2014, n° *6*, p. 33-48.

21. BECKER, A. Culture and Eating Disorders Classification. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, S111-S116, 2007.

22. BÉRAUD, H., 1922. *Le martyre des obèses*. Paris : Albin Michel, 1986.

23. BERNET, R. Le sujet dans la nature. Réflexion sur la phénoménologie de la perception chez Merleau-Ponty, 1992. In : *Merlerau-Ponty. Phénoménologie et expériences* / org. par RICHIR, M. ; TASSIN, A. Grénoble : Ed. Jérôme Millon, 2008.- p. 57-78.

24. BERTHOZ A., ANDRIEU B. *Le Corps en Acte*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010.

25. BERTHOZ, S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *European Psychiatry*, vol. 30, n° 8, 2015, p. 29-30.

26. BIMBENET, E. *L'animal que je ne suis plus*. Paris : Galimard, 2011a.- 501p.

27. BIMBENET, E. *Après Merleau-Ponty. Études sur la fécondité d'une pensée*. Paris : Vrin, 2011b.- 252p.

28. BINSWANGER L. De la phénoménologie, 1922. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 79-117.

29. BINSWANGER L. Fonction vitale et histoire intérieur de la vie, 1924. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 49-77.

30. BINSWANGER L. La psychothérapie comme métier. In : *Phénoménologie, Psychologie,* Psychiatrie. Paris : Vrin, 2016.- p. 95-121.

31. BINSWANGER, L. Le Rêve et l'existence, 1930. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 199-225.

32. BINSWANGER, L. De la psychothérapie, 1935. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 119-147.

33. BINSWANGER L. Lettre du 2 octobre 1939. In : *Correspondances 1908-1938*, FREUD S., BINSWANGER, L. Paris : Calmann-Lévy, 1995.

34. BINSWANGER L. Sur la direction de la recherche analytico-existentielle en psychiatrie, 1945. In *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. – Trad. par LEWINTER R. Paris : Gallimard, 1970.- p. 51-84.

35. BINSWANGER L. *Introduction à l'analyse existentielle*, 1947. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- 267p.

36. BINSWANGER L. À propos de deux pensées de Pascal trop peu connues sur la symétrie, 1947. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 227-236.

37. BINSWANGER L. Analyse existentielle et psychiatrie, 1950. In *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. – Trad. par LEWINTER R. Paris : Gallimard, 1970.- p. 85-114.

38. BINSWANGER L. Analyse existentielle et psychothérapie, 1954. In *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. – Trad. par LEWINTER R. Paris : Gallimard, 1970.- p. 114-120.

39. BINSAWNGER, L. Mon chemin vers Freud, 1957. In : *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. – Trad. par LEWINTER R. Paris : Gallimard, 1970.- p. 241-262.

40. BINSAWNGER, L. Analyse existentielle et psychothérapie (II). In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 1948-1957.

41. BINSWANGER L. Importance et signification de l'analytique existentiale de Martin Heidegger pour l'accession de la psychiatrie à la compréhension d'elle-même », 1958. In : *Introduction à l'analyse existentielle*. – Trad. de VERDEAUX, J., KUHN, R. Paris : Les Éditions de Minuit, 1971.- p. 247-263.

42. BINSWANGER L. *Mélancolie et Manie. Études phénoménologiques*, 1960. – Trad. de AZORIN, J-M., TOTOYAN, Y. Paris : Presses Universitaires de France, 1987.- 136p.

43. BINSWANGER L. *Délire. Contributions à son étude phénoménologique et daseinsanalytique*, 1965. – Trad. de AZORIN, J-M., TOTOYAN, Y. Grenoble : Jérôme Million, 1993.- 184p.

44. BLOC, L., MOREIRA V. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 2013, vol. 16, nº 1, p. 28-41.

45. BLOC, L., MOREIRA V. Arthur Tatossian : o homem e a obra. In : *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada* / org. par TATOSSIAN, A., BLOC, L., MOREIRA, V. São Paulo : Escuta, 2016.- p. 107-122.

46. BLOC, L., MOREIRA V. A noção de experiência fenomenológica : do sintoma ao fenômeno. In : *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada* / org. par TATOSSIAN, A., BLOC, L., MOREIRA, V. São Paulo : Escuta, 2016.- p. 139-159.

47. BLOC, L., MOREIRA V. O normal, o patológico e a cultura. In : *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada* / org. par TATOSSIAN, A., BLOC, L., MOREIRA, V. São Paulo : Escuta, 2016.- p. 161-173.

48. BLOC, L., MOREIRA V. A subjetividade fenomenológica. In : *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada* / org. par TATOSSIAN, A., BLOC, L., MOREIRA, V. São Paulo : Escuta, 2016.- p. 195-212.

49. BLOC, L., MOREIRA V. As condições de possibilidade do vivido depressivo e a experiência da depressividade. In : *Psicopatologia Fenomenológica Revisitada* / org. par TATOSSIAN, A., BLOC, L., MOREIRA, V. São Paulo : Escuta, 2016.- p. 249-284.

50. BLOC L., MOREIRA V., WOLF-FÉDIDA M., CHAMOND J. La relation d'implication (et non d'application) entre les phénoménologies philosophique et clinique : le point de vue d'Arthur Tatossian. *Bulletin de Psychologie*, vol. 5, n° 550, p. 301-309.

51. BOWDEN, H. A Phenomenological Study of Anorexia Nervosa. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 19, n° 3, p. 227-241.

52. BROGNA, P., CAROPPO, E. The body as a simulacrum of identity : the subjective experience in the eating disorders. *Ann Ist Super Sanità*, 2010, vol. 46, n° 4, p. 427-435.

53. BONNIER, P. L'aschématie, *Revue neurologique*, 1905, vol. 12, p. 605-609.

54. BUTNARU, D. Body schema(tism) and the logos of life : a phenomenological reconsideration. *Investigaciones Fenomenológicas,* 2013, vol. Monográfico 4/I, Razón y Vida, p. 55-77

55. CABESTAN, P. Ludwig Binswanger : un psychiatre entre phénoménologie et psychanalyse. *La Lettre du Psychiatre*, 2009, v. 3, p. 52-56.

56. CABESTAN, F., DASTUR, F. *Daseinsanalyse: phénoménologie et psychiatrie*. Paris: Vrin, 2011.- 220p.

57. CAMINO G., LEWIS-FERNANDEZ R., BRAVO M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcultural Psychiatry*, 1997, vol. 34, nº 2, p. 163-184.

58. CASTELLINI, G., TRISOLINI, F., RICCA, V. Psychopathology of eating disorders. *Journal of Psychopathology,* 2014, vol. 20, 461-470.

59. CASTRO, T., GOMES, W. Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia : tradições e tendências. *Estudos de Psicologia*, 2011, vol. 28, n° 2, p. 153-161.

60. CATHELAIN S., BRUNAULT P., BALLON N., RÉVEILLÈRE C., COURTOIS R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques, *La Presse Médicale*, 2016 vol. 3, n° 12, p. 1154-1163.

61. CHAMOND, J. Binswanger et les directions de sens. In : *Les directions de sens : phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu* / dir. par CHAMOND, J. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2004.- 196p.

62. CHAMOND, J. Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger : uma introdução, *Revista da Abordagem Gestáltica,* 2011, vol. XVIII, n°1, p. 03-07.

63. CHAMOND, J. Le style obsessionnel compulsif : Laura prisonnière de sa temporalité. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 245-252.

64. CHARBONNEAU, G. Pour une phénoménologie des sentiments corporels. In : *Phénoménologie des sentiments corporels* / dir. par GRANGER, B., CHARBONNEAU, G. Paris : Collection Phéno, Le Cercle Herméneutique, 2003.- p. 17-23.

65. CHARBONNEAU, G. *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*. Tome I. Paris : MJW Fédition, 2010.

66. CHARBONNEAU, G. Sentiment d'ennui, besoin d'événement et addictions. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2015, vol. 4, n° 1, 15-38

67. CHARBONNEAU G., MOREIRA V. Fenomenologia do transtorno do comportamento hiperfágico e adicções. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*., São Paulo, 2013, vol. *16*, nº 4, p. 529-540.

68. CHECK F., RABINOW P. Invention et mise en scène du corps génétique. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 73-92.

69. COPE M. B., FERNANDEZ J. R., ALLISON D. B. Genetic and biological risk factors. In : *Handbook of eating disorders and obesity* / éd. par. THOMPSON K. New Jersey : Hoboken, 2004.- p. 323-340.

70. CORBIN, A. L'emprise de la religion. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 53-86.

71. CORBIN, A. Le rencontre des corps. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 151-219.

72. CORBIN A., COURTINE J-J., VIGARELLO G. Préface. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 07-12.

73. CORCOS, M. *Le corps insoumis : psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod, 2005.- 314p.

74. CORCOS, M. *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*. Paris : Éditions Albin Michel, 2011.- 227p.

75. COULOMB, M. *Profondeur, hauteur et solitude, chute, survol et isolement*. In : *Les directions de sens : phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu* / dir. par CHAMOND, J. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2004.- p. 61-72.

76. COULOMB, M. L'amour ou la folie selon Ludwig Binswanger. *L'information psychiatrique*, 2010, vol. 86, n° 9, p. 798-804.

77. COURTINE, J.-J. Introduction. In : *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* / org. par COURTINE, J.-J. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 7-11.

78. COURTINE J-J. Le miroir de l'âme. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 319-350.

79. CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*.- 2ª éd. Thousand Oaks : Sage (Publications), 2007. – 395p.

80. CROCQ, M-A. Les principes du DSM. *Annales Médico-Psychologiques*, 2014, vol. 172, p. 653-658.

81. CSERGO, J. Introduction. In : *Trop gros ? L'obésité et ses représentation* / org. par CSERGO J. Paris: Éditions Autrement, 2009. - p. 7-11.

82. CSORDAS, T. *Embodiment and experience : the existencial ground of culture and self*. New York : Cambridge University Press, 2001.

83. DASTUR, F. *Husserl : des mathématiques à l'histoire*. Paris, PUF, 1999.- 128p.

84. DASTUR, F. *Chair et langage. Essais sur Merleau-Ponty*. La Versanne : Encre Marine, 2001.- 223p.

85. DASTUR, F. *Penser ce qui advient* : *dialogue avec Phillipe Cabestan*. Paris : Les petits Platons, Coll. Les Dialogues de Petits Platons, 2014.- 159p.

86. DEMAZEUX, S. *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris : Ithaque, 2013.- 251p.

87. DEPRAZ, N. *Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète*. Paris : Armand Colin, 2012.- 210p.

88. DEWITTE, J. Une Autre Existence. En Relisant La Structure Du Comportement De Maurice Merleau-Ponty. In : *Penser le comportement animal* / org. par BURGAT F. Paris: Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme; Versailles: Éd. Quae, 2010. - p. 127-151

89. DRAPEU, M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 2004, vol. 10, p. 79-86.

90. DUPOND, D. *Dictionnaire Merleau*-Ponty. Paris : Ellipses, 2007.- 233p.

91. DUPORTAIL, G.-F. *Les institutions du monde de la vie. Merleau-Ponty et Lacan*. Grenoble : Éditions Jérôme Million, 2008.- 226p.

92. DURIF-BRUCKERT, C. *La nourriture et nous : corps imaginaire et normes sociales*. Paris : Armand Collin, 2007.- 280p.

93. DURIF-BRUCKERT, C. Le contrôle du corps nourri : rhétoriques de l'emprise et mouvements de dépossesion du sujet. *Connexions*, 2009, vol. 2, n° 92, p. 179-192.

94. ENGLANDER, M. The phenomenological method en qualitative psychology and psychiatry. *Int. J. Qualitative Study Health Well-being*, 2016, vol. 11, n° 1, p. 01-11. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30682

95. ENGLEBERT, J. Anorexie et intersubjectivité : étude phénoménologique et éthologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, vol. 173, p. 659-664

96. ESPÍNDOLA C. R., Blay S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2006, vol. *28*, nº 3, p. 265-275.

97. FARGES, J. Monde de la vie et philosophie de la vie. Husserl entre Eucken et Dilthey. *Études Germaniques*, 2006, vol. 2, n° 242, p. 191-217.

98. FISCHER, C. Introduction. In : *Qualitative researche methods for psychologists : introduction through empirical studies* / ed. par FISCHER, C.. Amsterdam : Elsevier, 2006.- p. XV-XLII.

99. FISCHLER, C. L. *L'homnivore*. Paris : Odile Jacob, 2001.

100. FRANKO D. L., WONDERLICH D. L., LITTLE D., HERZOG D. B. Diagnosis and classification of eating disorders. In : *Handbook of eating disorders and obesity* / org. par THOMPSON J. K. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2004.- p. 58-80.

101. FAURE, O. Le regard des médecins. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 15-52.

102. FAUCON, F. *Hyperphagie. L'obsession de manger.* Paris : Éditions du Cygne, 2008. – 61p.

103. FÉDIDA, P. Binswanger et l'impossibilité de conclure. In : BINSWANGER L., *Analyse existentielle, psychiatrie clinique et psychanalyse. Discours, parcours et Freud*. Paris : Gallimard, 1970.- p. 09-37.

104. FÉDIDA, P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, 2001.- 259p.

105. FEIJOO, A. A clínica daseinsanalítica : considerações preliminares, *Rev. da Abordagem Gestáltica*, 2011, vol. XVII, n° 1, p. 30-36.

106. FONTAINE, P. Psychopathologie de l'espace vécu. In : Contributions à une analyse phénoménologique des altérations perceptives de l'espace. in *Symboliques et dynamiques de l'espace* / org. par DOKIC, J., DRIEUX, P., LEFEBVRE. Rouen : Publications de l'Université de Rouen, 2003.- p. 124-144.

107. FOUCAULT, M. « Préface », 1930. In : BINSWANGER L., *Rêve et existence*. Paris : Desclée de Brouwer, 1955.

108. FREIRE, D. S. Com açúcar, sem afeto. In : *História do corpo no Brasil* / org. par DEL PRIORE M., AMANTINO, M. São Paulo : Ed. Unesp, 2011.- p. 453-475.

109. FUCHS, T. The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2003, vol. *33*, n° 2, 223-243.

110. FUCHS, T. Intercorporeality and Interaffectivity », *Phenomenology and Mind*, 2016, n° 11, p. 194-209.

111. FURLAN, R. A noção de consciência n' A Estrutura do Comportamento (Merleau-Ponty). *Psicologia USP*, 2010, vol. *12*, n. 1, p. 11-31.

112. GAETE, M., FUCHS, T. From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders. *Journal of Phenomenological Psychology,* 2016, vol. 47, p. 17-40.

113. GAUTHIER-MUZELLEC, M.-H. La matière du corps vivant chez Aristote. In : *Le Corps* / org. par Goddar J-C. Paris: Vrin, 2010.- p.43-84.

114. GALLAGHER, S. *How the body shapes the mind*. Oxford: University Press, 2006.- 284p.

115. GELDER M., MAYOU R., COWEN P. *Traité de psychiatrie*. - Trad. française de LEMOINE P. Paris : Éditions Flammarion, 2005.

116. GÉLIS J. Le corps, l'Église et le sacré. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 17-113.

117. GIORGI, A. The Phenomenological Mouvement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 2005, vol. 18, n° 1, p. 75-82.

118. GIORGI, A. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2012, vol. 43, p. 3-12.

119. GIORGI, A. Phenomenological Philosophy as the Basis for a Human Scientific Psychology ». *The Humanistic Psychology*, 2014, vol. 42, p. 233-248

120. GIORGI, A. GIORGI, B. Phenomenology. In : *Qualitative Psychology : a practical guide to research methods* / ed. par SMITH J. London : SAGE Publications, 2008.- p.25-50.

121. GOFFMAN, E. *Stigmates: les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit, 1975.- 175p.

122. GOLDSCHMIDT A. B., HILBERT A., MANWARING J. L., WILFLEY D. E., PIKE K. M., FAIRBURN C. G., STRIEGEL-MOORE, R. H. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. *48*, n. 11, p. 187-193.

123. GRANGEARD, C. *Comprendre l'obésité : une question de personne, un problème de société*. Paris : Albin Michel, 2012.- 228p.

124. GRANGEARD, C. Fabrication d'obésités. *Le Journal des psychologues*, 2013, vol 8, n° 311, p. 14-18.

125. GRANGEARD-POLARD, C. Obésité mentale ? *La clinique lacanienne*, Eres, 2008, vol. 1, n° 13, p. 129-146.

126. GRENNOUILLEUX, A. Psychiatrie phénoménologique, médecine de la personne et big data. Ann Med Psychol, 2017, vol. *Ann Med Psychol* (Paris), 2017, vol. 175, n° 10, p. 882-888.

127. GROS, C. *Ludwig Binswanger : entre phénoménologie et expérience psychiatrique*. Chatou : Les Éditions de la Transparence, 2009.- 299p.

128. GUY-GRAND, B. L'obésité : d'une adaptation sociétable à une maladie organique du tissu adipeux. *Oliseeds & fats Crops and Lipids,* 2008, vol. 15, n°1, p. 13-16.

129. HÄFNER H. Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 17, n° 1, 2015, 19-29.

130. HEIDEGGER, M. *Être et Temps*, 1927. - Trad. de VEZIN, F. Paris : Gallimard, 1986.- 589p.

131. HOLZHEY-KUNZ, A. *Introduction à la Daseinsanalyse. Un regard existential sur la souffrance psychique et sa thérapie*. - Trad. de DEFAGO, L. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2016.- 287p.

132. HUBERT A., POULAIN J-P. Le corps mangeant. *Le Corps. Revue Interdisciplinaire*, vol. 4, p. 13-16.

133. HUSSERL, E. *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, 1954. Trad. G. Granel, Paris: Éd. Gallimard, 2008.- 589p.

134. INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. *ObÉpi 2012 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, 2012.

135. JACOBSON, J. The interpersonal expression of human spatiality. A phenomenological interpretation of anorexia nervosa. *Chiasmi Int*, 2007, vol. 8, p. 157–73.

136. JAMES, J. WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, p. 120-126.

137. JONCKHEERE, P. *Psychiatrie Phénoménologique. Tome I – Concepts fondamentaux*. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2009.-

138. KALARCHIAN M. A., MARCUS M. D., LEVINE M. D., COURCOULAS A. P., PILKONIS P. A., RINGHAN R. M., et. al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 164, p. 328-334.

139. KARCHER, B., « Le cycle de la honte dans l'obésité », L'*Encéphale*, 2016, vol. 42, n° 6, p. 589-593.

140. KLEINMAN, A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press, 1988.

141. KRAUSS, A. Modes d'existence des hystériques et des mélancoliques. In: *Psychiatrie et Existence* / org. par FÉDIDA, P., SCHOTTE, J. Grenoble : Éd. Jérôme Millon.- 3° éd., p. 263-280.

142. KUHN, R., *Écrits sur l'analyse existentielle*. Paris : L'Harmattan, 2007.- 326p.

143. LACAN, J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, 1949. In : *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

144. LACAN, J. *La relation d'objet. Le séminaire, Livre IV*, 1956–57. Paris : Seuil, 2001.- 434p.

145. LANDES, D. *Dictionnary Merleau-Ponty.* London : Bloomsburry, 2013.- 288p.

146. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la* psychanalyse, 1967 / dir. par LAGACHE, A. Paris : PUF, 2007.- 523p.

147. LE BRETON, D. Note anthropologique sur la physiognomonie. In : Le visage. Dans la clarté, le secret demeure, *Revue Autrement*, nº 148. Paris : Ed. Autrement, 1994.

148. LEBRUMENT, N. Le corps comme pivot des rapports du langage et du sensible chez le premier Merleau-Ponty. *Recherches Qualitatives*, 2013, hors série, n°15, p. 381-396.

149. LEFORT, C. Maurice Merleau-Ponty, 1974. In : Maurice Merleau-Ponty. Œuvres. Paris : Gallimard, 2010.- p. 13-25.

150. LEGRAND, D. Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa. *Neuropsychologie*, 2010, vol. 48, p. 726-737.

151. LEGRAND, D. Objects and Others : Diverting Heidegger to Conceptualize Anorexia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 2012, vol. 19, n° 3, p. 243-246.

152. LEGRAND, D. Le corps assujetti. In : *Approches phénoménologiques de l'inconscient* / éd. par GYEMANT M., POPA D. Georg Olms Verlag, Europaea Memoria, 2015.- p. 211-227.

153. LEGRAND D., BRIEND F. Anorexia and bodily intersubjectivity, *European Psychologist*, *Special Issue: Multiple Perspectives in Body Image Research*, 2015, vol. 20, n° 1, p. 52-61.

154. LEGRAND D., TARAMASCO, C. Le paradoxe anorexique: quand le symptôme corporel s'adresse à l'autre. *L'Évolution Psychiatrique*, 2016, vol. 81, n° 2, p. 309-320.

155. LEHFELD, B. Le premier Binswanger. In : *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse* / dir. par B. Leroy-Viémon. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011.- p. 37-61.

156. LE MONDE. *L'obésité, première épidémie non infectieuse de l'Histoire*. Mars 2000. Disponible sur : http://www.lemonde.fr

157. LEPOUTRE, T. À travers psychanalyse, psychiatrie et philosopgie : le « chemin vers Freud » de Ludwig Binswanger. *Recherches en Psychanalyse*, 2014, n°18, p. 104-115.

158. LE ROBERT. « Empiétement ». In : *Le Grand Robert de la langue française* / dir. par A. Rey, 2e éd. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2001.

159. LEROY-VIÉMON, B. Actualité de Binswanger pour la psychothérapie. In : *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse* / dir. par B. Leroy-Viémon. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011.- p. 07-15.

160. LHERMITTE, J. *L'image de notre corps*. Paris : Éditions de la Nouvelle Revue Critique, 1939.- 254p.

161. LOCATELLI, L., CORREIA, J. C., GOLAY, A. L'addiction à la nourriture. *Rev. Med. Suisse*, 2015, vol. 11, p. 695-700.

162. LOHÉAC, Y. La faim est-elle mauvaise conseillère ? In : *Que manger* ? / org. par F. Dubet. *La Découverte*, *« Recherches »*, 2017.- p. 136-150.

163. MCDOUGALL, J. L'économie psychique de l'addiction, *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 68, n° 2, p. 511 à 527

164. MATTA, J., ZINS, M., FERAL-PIERSSENS, A. L., CARETTE, C., OZGULER, A., GOLDBER, M., CZERNICHOW, S. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances, *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 2016, 35-36, p. 640-646.

165. MARCEU, J-C. Freud, Binswanger, Foucault : la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie, *Cliniques méditerranéennes,* 2001, vol. 2, n° *64,* pp. 227-241.

166. MERLEAU-PONTY, M. Projet de travail sur la nature de la perception, 1933. In : *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*. Lagrasse : Éditions Verdier, 2014.- p. 09-11.

167. MERLEAU-PONTY, M. Être et Avoir, 1936. In : *Parcours (1935-1951)*. Paris: Éd. Verdier, 1997.

168. MERLEAU-PONTY, M. *La structure du comportement*, 1942.- 4e éd. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.- 350p.

169. MERLEAU-PONTY, M. Phénoménologie de la perception, 1945. In : Maurice Merleau-Ponty. Œuvres. Paris : Gallimard, 2010.- p. 665-1167.

170. MERLEAU-PONTY, M. Structure et conflits de la conscience enfantine. In : *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier, 2001.- p. 171-244.

171. MERLEAU-PONTY, M. Les relations avec autrui chez l'enfant. In : *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier, 2001.- p. 303-396.

172. MERLEAU-PONTY, M. Méthode en psychologie de l'enfant. In : *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier, 2001.- p. 465-538.

173. MERLEAU-PONTY, M. *L'homme et l'adversité*, 1951, In : *Maurice Merleau-Ponty. Œuvre*s. Paris : Gallimard, 2010.- p. 1377-1397.

174. MERLEAU-PONTY, M. Travaux et projet d'enseignement, 1951. In : *Maurice Merleau-Ponty. Œuvres*. Paris : Gallimard, 2010.- p. 1811-1831.

175. MERLEAU-PONTY, M. Les relations avec autrui chez l'enfant, 1951-1952. In : *Parcous*, 1935-1951. Lagrasse : Verdier, 1997.- p. 147-229.

176. MERLEAU-PONTY, M. *Le monde sensible et le monde de l'expression*, 1953. Genève : MetisPresses, 2011.- 223p.

177. MERLEAU-PONTY, M. *L'institution. La passivité. Notes de cours au Collège de France (1954-1955)*. Paris : Belin, 2003.- 296p.

178. MERLEAU-PONTY, M. La psychanalyse, 1959. In : *Entretiens avec Georges Charbonnier et autres dialogues 1946-1959*. Paris : Verdier, 2016.- p. 270-299.

179. MERLEAU-PONTY, M. Le concept de nature 1959-1960. Nature et logos : le corps humain. In : *La Nature : notes, Cours du Collège de France*. Paris : Éd. Du Seuil, 1995. – p. 261-352.

180. MERLEAU-PONTY, M. L'œuvre et l'esprit de Fred. Préface à l'ouvrage de A. Hesnard, *L'œuvre et l'esprit de Freud et son importance dans le monde moderne*, 1960. In : *Parcours deux*. 1951-1961. Paris : Ed. Verdier, 2000.- p. 276-284.

181. MERLEAU-PONTY, M. *Signes*. Paris : Gallimard, 1960. – 343p.

182. MERLEAU-PONTY, M. *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard, 1964.- 95p.

183. MERLEAU-PONTY, M. *Le visible et l'invisible*, 1964. Paris : Gallimard, 1979.- 360p.

184. MERLEAU-PONTY, M. Notes de travail, 1964. In : *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964.- p. 219-334.

185. MERLEAU-PONTY, M. *La prose du monde.* Paris : Gallimard, 1969.- 216p.

186. MICHAUD, Y. Le corps et les arts visuels. In : *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* / org. par COURTINE, J.-J. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 431-445.

187. MINARD, M. *Le DSM-ROI. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostiques*. Toulouse : Ares, 2013.- 451p.

188. MINISTERIO DA SAUDE, SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAUDE DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSIVEIS E PROMOÇÃO DA SAUDE. *VIGITEL BRASIL 2014 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.- 154p.

189. MINISTERIO DA SAUDE, PORTAL BRASIL. *Mais da metade dos adultos está acima do peso*. Agosto 2015. Disponible sur : http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/mais-da-metade-dos-adultos-estao-acima-do-peso.

190. MOREIRA V. O método fenomenológico de Merleau- Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopa- tologia ». *Psicologia*: *Reflexão & Crítica,* 2004, vol. 17, n° 3, p. 447-456.

191. MOREIRA V., *De Carl Rogers a Merleau-Ponty : a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo : Annablume, 2007.

192. MOREIRA V. *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica.* São Paulo: Annabulme, 2009.

193. MOREIRA V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. Psicologia em Estudo, Maringá, vol. 15, nº 4, p. 723-731, 2010.

194. MOREIRA V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica ». *Revista da Abordagem Gestáltica*, vol 17, n° 2, p. 172-184, 2011.

195. MOREIRA V. From essence to *Lebenswelt* as a method in phenomenological psychopathology », *Estudos de Psicologia*, 2016, vol. 33, n° 3, p. 403-411.

196. MOREIRA V., BLOC, L. O *Lebenswelt* como fundamento da Psicopatologia Fenomenológica de Arthur Tatossian. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, vol. 4, n° 1, p. 1-14, 2015.

197. MOREIRA V., BLOC, L. Clinique du *Lebenswelt* (monde vécu): articulation et implication entre théorie et pratique. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016.- p. 253-264.

198. MOREIRA V., SAM D. L. A mútua constituição entre psicopatologia e cultura. In : *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica* / org. par MOREIRA V. São Paulo: Annablume, 2009.- p. 229-243.

199. MOREIRA V., TELLES T. La notion de liberte dans la pensée de Merleau-Ponty. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. P. 203-213.

200. MORIN, C. *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*. Toulouse : Éres, 2013.- 214p.

201. MORRIS, D. Body. In : *Merleau-Ponty: key concepts* / org. par DIPROSE R., REYNOLDS J. London : Routledge, 2014.- p. 111-120.

202. MOULIN, A. M. Le corps face à la médecine. In : *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* / org. par COURTINE, J.-J. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 15-70.

203. MÜLLER-GRANZOTTO, M. J. Merleau-Ponty leitor de Freud, *Natureza humana*, 2005, vol. 7, n° 2, p. 399-432

204. MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER F., REINHOLD T., VON SCHULZENDORF A., WILLICH S. N. Health economic burden of obesity - an international perspective. In : *Obesity Epidemiology. From etiology to public health* / org. par CRAWFORD D., JEFFREY R.W., BALL K., BRUG J. New York : Oxford University Press, 2010.- p. 74-88.

205. MUNCH S., BEGLINGER C. O*besity and Binge Eating Disorder*. New York: Basel, coll. Bibliotheca Psychiatrica, no. 171. 2005. – 222p.

206. NAUDIN J., CERMOLACCE M., VION-DURY J., PRINGUEY D., AZORIN J.-M. « Psychanalyse et phénoménologie », *Annales Médico-Psychologiques*, 2011, n° 169, p. 42.

207. NCD Risk Factor Collaboration, « Trends in adult body-massindex in 200 countries from 1975 to 2014 : a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants », *Lancet*, 2016, vol. 387, p. 1377-1396.

208. NEUMAR-SZTAINER D., HAINES J. Psychosocial and behavioral consequences of obesity, In : *Handbook of eating disorders and obesity* / éd. par. THOMPSON K. New Jersey : Hoboken, 2004.- p. 349-371.

209. NITA, A. La chair du monde chez Merleau-Ponty. *Analele Universitatii din Craiova*, Seria Filosofie, 2008, n° 22, p. 120-129.

210. NÓBREGA, T. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty, *Estudos de Psicologia*, 2008, vol. 13, n° 2, p. 141-148.

211. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *CIM-10. Classification Internationale des Maladies*.- 10e rév. Genève : OMS. Paris ; Milan ; Barcelone : Masson, 1993.- 305p.

212. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Obésité et surpoids, *Aide-mémoire*, n° 311. Janvier 2015. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

213. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La faim dans le monde progresse de nouveau, mue par les conflits et le changement climatique. Septembre 2017. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-hunger-report/fr/

214. ORY, P. Le corps ordinaire. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 133-167.

215. PACHOUD, B. Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie. *L'Évolution Psychiatrique*, 2005, vol. 70, p. 699-707.

216. PAILLÉ, P., MUCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, 2012.- 3ª ed. – 423p.

217. PELLEGRIN N. Corps du commun, usages communs du corps. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 115-173.

218. PELLUCHON, C. Approche de l'anorexie au carrefour de la phénoménologie et du féminisme. *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics,* 2015, vol. 8, n° 2, p. 70-85.

219. PETIT, J-L. Corps propre, schéma corporel et cartes somatotopiques. In : *Le Corps en Acte* / org. par BERTHOZ A., ANDRIEU B. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010.- p. 41-58.

220. PIETKJEWICZ, I., SMITH, J. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative researche psychology. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 2014, vol. 20, n° 1, p. 7-14.

221. PITA, J., MOREIRA, V. As fases do pensamento fenomenológico de Ludwig Binswanger. *Psicologia em Estudo*, 2013, v. 18, n° 4, p. 679-687.

222. PORTER R., VIGARELLO G. Corps, santé et maladies. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- pp. 351-391.

223. POSTEL, J. *Dictionnaire de la Psychiatrie.* Paris : Larousse, 2011. – 531p.

224. POULAIN, J-P. *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009. - 360p.

225. POULAIN, J-P. Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité. In : *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité* / dir. par BASDEVANT A. Paris : Lavoisier, 2011.- p. 35-47.

226. POUTIER A., UNG C., DELHUMEAU S. « L'obésité, une problématique de santé publique », *Actualités pharmaceutiques*, 2017, n° 566, p. 20-24.

227. PRINGUEY, D. Phénoménologie de la subjectivité: Tatossian et la clinique psychiatrique. *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.,* 2010, vol. 8, 158-162

228. PULL, C. B. DSM-5 et CIM-11. *Annales Médico-Psychologiques,* 2014, vol. 172, p. 677-680.

229. QUELLIER, F. *Gourmandise : histoire d'un péché capital*. Paris : Armand Collin, 2013.- 216p.

230. REZENDE, A. M. Le point de départ de la philosophie de Merleau-Ponty, *Revue Philosophique de Louvain*, vol. 73, n° 19, p. 451-480.

231. RICHIR, M. Communauté, société et Histoire chez le dernier Merleau-Ponty. . In : *Merleau-Ponty, phénoménologie et expériences* / org. par M. Richir ; E. Tassin. Grenoble : Éd. Jérôme Millon, 1992.- p. 7-25.

232. ROMANO, C. *L'événement et le monde*. Paris : PUF, 1998.- 293p.

233. ROTHIOT B., LE MONTAGNER V. Le patient obèse est-il responsable ? Aider au cheminement de la culpabilité au vivre-avec la maladie. *Obésité*, 2012, vol. 7, n° 4. p. 228-233.

234. ROSEMBAUM D. L., WHITE K. S. The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 2015, vol. 20, n° 6, 887–898.

235. ROUX, S. Le statut du corps dans la philosophie platonicienne. In : *Le Corps* / org. par Goddard J.-C. Paris: Vrin, 2005.- p. 11-42.

236. SAINT AUBERT, E. de. « C'est le corps qui comprend ». Le sens de l'habitude chez Merleau-Ponty. *Alter*, 2004a, vol. 12, p. 105-128.

237. SAINT AUBERT, E. de. *Du lien des êtres aux élément de l'être. Merleau-Ponty au tournant des années 1945-1951*. Paris: Vrin, 2004b.- 365p.

238. SAINT AUBERT, E. de. *Le Scénario Cartésien. Recherches sur la formation et la cohérence de l'intention philosophique de Merleau-Ponty*. Paris : Vrin, 2005.- 268p.

239. SAINT AUBERT, E. de. La « promiscuité ». Merleau-Ponty à la recherche d'une psychanalyse ontologique. *Archives de Philosophie*, 2006, vol. 1, tome 69, p. 11-35.

240. SAINT AUBERT, E. de. *Vers une ontologie indirecte. Sources et enjeux critiques de l'appel à l'ontologie chez Merleau-Ponty.* Paris : Vrin, 2006.- 280p.

241. SAINT AUBERT, E. de. Introduction. In : *Merleau-Ponty* / dir. par E. de Saint Aubert. Paris : Herman, 2008.- p. 8-53.

242. SAINT AUBERT, E. de. Espace et schéma corporel dans la philosophie de la chair de Merleau-Ponty. In : *Le Corps en Acte* / org. par BERTHOZ A., ANDRIEU B. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2010.- p. 123-152.

243. SAINT AUBERT, E. de. Merleau-Ponty face à Husserl et Heidegger : illusions et rééquilibrages. *Revue germanique internationale*, 2011, vol. 13, p. 58-73.

244. SAINT AUBERT, E. de. *Être et Chair I. Du corps au désir: l'habilitation ontologique de la chair*. Paris: Vrin, 2013.- 416p.

245. SAINT AUBERT, E. de. La chair ouverte à la portance de l'être . *Alter*, 23, 2015, p. 165-182.

246. SAINT AUBERT, E. de. Introduction à la notion de portance**.** *Archives de Philosophie*, 2016, vol. 2, tome 79, p. 317-343.

247. SAINT POL, T. de. *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris : PUF, Coll. Le Lien social, 2010.- 222p.

248. SAINT POL, T. de. Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des Maladies Méthaboliques*, 2014, vol. 8, n° 3, p. 271-274.

249. SAN JUAN A. C. *Cultura y práticas alimentares en La Rioja.* La Rioja : Governo de La Rioja, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, 1998.

250. SARTRE, J.-P. *L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique*. Paris : Gallimard, 1943.- 725p.

251. SAÏET, M. Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif. *La Découverte*, *Mouvements*, 2016, vol. 2, n° 86, p. 52 à 60

252. SCHÄFER, M. Le corps comme garant du réel. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, n° 69, p. 87-96

253. SCHILDER, P. *L'image du corps, étude des forces constructives de la psyché*. Paris : Galimard, 1968.

254. SCHULTE E. M., GRILO C. M., GEARHARDT A. N. Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, 2016, vol. 44, p. 125-39.

255. SEIDELL, J. C. Prevalence and trends in adult obesity in affluent countries. In : *Obesity Epidemiology. From etiology to public health* / org. par CRAWFORD D., JEFFREY R.W., BALL K., BRUG J. New York : Oxford University Press, 2010.- p. 17-26.

256. SICHÈRE, B. *Merleau-Ponty ou le corps de la philosophie*. Paris : B. Grasset, 1982.- 252p.

257. SILVA-CHARRAK, C. da. *Merleau-Ponty, le corps et le sens*. Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Philosophies, 2005.- 153p.

258. SMITH, J., FLOWERS, P., LARKIN, M. *Interpretative Phenomenological Analysis*. London, Sage Publication, 2009.- 225p.

259. SOHN, A-M. Le corps sexué. In : *Histoire du corps. 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* / org. par COURTINE, J.-J. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 95-132.

260. SPIEGELBERG, H. *The phenomenological movement : a historical introduction*. Boston: Martinus Nihjhoff, 1982.- 768p.

261. STANGHELLINI, G., CASTELLINI, G., BROGNA, P., FARAVELLI, C., Ricca, V. Identity and Eating Disorders (IDEA) : A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorders Patients. *Psychopathology*, vol. 45, n° 3, p. 147-158.

262. STANGHELLINI, G., FUCHS, T. *One century of Karl Jaspers' general psychopathology. Oxford* : Oxford University Press, 2013.- 304p.

263. STANGHELLINI, G., TRISOLINI, F., CASTELLINI, G., AMBROSINI, A., FAVARELLI, C., RICCA, V. Is Feeling Extraneous from One's Own Body a Core Vulnerability Feature in Eating Disorders. *Psychopathology,* 2015, *vol. 48*, p. 18-24.

264. STUNKARD, A. J. A History of Binge Eating. In : *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment* / ed. par FAIRBURN C. F., Wilson, G. T. New York : The Gilford Press, 1993.- p. 15-34.

265. TATOSSIAN A., Symptôme clinique et structure phénoménologique. *Psychiatries*, 1978, vol. 35, p. 45-52.

266. TATOSSIAN A., 1979. *La phénoménologie des Psychoses*. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.- 3ª éd., 255p.

267. TATOSSIAN A., 1979. Aspects phénoménologiques du temps humain en psychiatrie. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 65-82.

268. TATOSSIAN A., 1980. Théorie et pratique en psychiatrie: symptôme et phénomène. Un point de vue phénoménologique. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 83-91.

269. TATOSSIAN A. Société, culture et théorie psychiatrique. In : *Psychiatrie et Société*, textes reunis en hommage à Paul Sivadon. Paris: Eres, 1981.- p. 339-344.

270. TATOSSIAN, A. Phénoménologie du corps, 1982. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 93-98.

271. TATOSSIAN, A. Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique, 1983. In : *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al.Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 99-116.

272. TATOSSIAN, A., 1985. Pratique psychiatrique et phénoménologie. In : *Psychiatrie phénoménologique*. Paris : MJW Fédition, 2014.- p. 179-183.

273. TATOSSIAN, A. Pratique Psychiatrique et Phénoménologie. In : *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse* / org. par FÉDIDA P., P. GUTTON. Paris : Echos-centurion, 1986.- p. 123-131.

274. TATOSSIAN A., 1989. Qu'est-ce que la clinique ? *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 125-130.

275. TATOSSIAN A. Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique », in *L'approche clinique en psychiatrie* / org. par P. Pichot, W. Rein. Paris : Synthélabo, 1994.- 2 vol., p. 83-100.

276. TATOSSIAN A. La subjectivité. In : *Traité de psychopathologie* / dir. par D. WIDLÖCHER D. Paris : Presses Universitaires de France, 1994. p. 253-318.

277. TATOSSIAN A. L´identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses. *L´Art du Comprendre*, n° 1, p. 99-106,

278. TATOSSIAN A., 1996. Phénoménologie: une épistémologie pour le psychiatre. *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques* / org. par TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. Paris : MJW Fédition, 2016. – p. 131-146.

279. TATOSSIAN A., AZORIN J-M. Phénoménologie. In : *Mannuel Alphabetique de Psychiatrie* / éd. par A. POROT. Paris : Presses Universitaires de France, 1984.- 6ª ed., p. 528-529.

280. TATOSSIAN A., MOREIRA, V., CHAMOND J. et. al. *Clinique du Lebenswelt : psychopathologie et psychothérapie phénoménologiques*. Paris : MJW Fédition, 2016.- 268p.

281. TILLIETTE, X. *Merleau-Ponty ou la mesure de l'homme.* Paris: Seghers, 1970.- 188p.

282. TUSCHEN-CAFFIER B., SCHLÜSSEL C. Binge Eating Disorder: A New Eating Disorder or an Epiphenomenon if Obesity? In : O*besity and Binge Eating Disorder* / éd. par MUNCH S., BEGLINGER C. New York: Basel, coll. Bibliotheca Psychiatrica, no. 171. 2005.-p. 138-148.

283. VALLAR G., RODE, G. I. Commentary on Bonnier P. L'aschématie, Rev Neurol (Paris*)*, 1905; 13: 605-9, *International Classic in Epilepsy and Behavior*, 2009, vol. 16, n° 3, p. 397-400.

284. VECCHIO, S. La faute de trop manger: la gourmandise médiévale entre éthique et diététique. In : *Trop gros? L'obésité et ses représentation* / org. par CSERGO J. Paris: Éditions Autrement, 2009.- p. 33-44.

285. VETÖ, L. L'eidétique de l'espace chez Merleau-Ponty. *Archives de Philosophie*, 2008, vol. 3, n° 71, p. 407-438.

286. VERISSIMO, D. S. Sur la notion de schéma corporel dans la philosophie de Merleau-Ponty : de la perception au problème du sensible. *Bulletin d'analyse phénoménologique*, 2012, VIII 1, Actes 5, p. 499-518.

287. VIGARELLO G. Introduction. In : *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* / org. par. VIGARELLO, G. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 13-15.

288. VIGARELLO, G. S'entraîner. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 169-206.

289. VIGARELLO, G. L'obésité et l'épreuve du moi. In : *Trop gros? L'obésité et ses représentation* / org. par CSERGO J. Paris: Éditions Autrement, 2009, p. 123-135.

290. VIGARELLO, G. *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris : Édition du Seuil, 2013.- 362p.

291. WAELHENS, A. de. *Une philosophie de l'ambigüité. L'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty*. - 4e éd. Louvain : Éd. Nauwelaerts, 1978.- 408p.

292. WALLON, H. *Les origines du caractère chez l'enfant*, 1949. Paris : PUF, 2009.- 301p.

293. WERNER, H. Le regard des artistes. In : *Histoire du corps. 2. De la Révolution à la Grande Guerre* / org. par CORBIN, A. Paris : Éditions du Seuil, 2005.- p. 87-120.

294. WOLF-FÉDIDA, M. De la phénoménologie à la psychopathologie psychanalytique. *Recherches en psychanalyse*, 2005, vol. 3, n°1, p. 145-157.

295. WOLF-FÉDIDA, M. *Théorie de l'actions psychothérapeutique*. Paris : MJW Fédition, 2008.- 218p.

296. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO, 1997.

297. ZEGERS, O. DÖRR. La anorexia nerviosa y la post modernidade », *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea,* vol. 5, n° 2, p. 185-194.

298. ZELIC, T. On the Phenomenology of the Life-World. *Synthesis Philosophica*, 2008, 46, n° 2, p. 413-426.

299. ZIEGLER O., MATHIEU J., BÖHME P. Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, n°3, 2017, p. 237-245.

300. ZIELINSKI, A. *Lecture de Merleau-Ponty et Levinas. Le corps, le monde, l'autre*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.- 317p.

Bibliographie consultée

1. ANDRIEU, B. *Les cultes du corps. Ethique et sciences*. Paris : Éditions l'Harmattan, 1994.- 299p.

2. ASHWORTH, P. An approach to phenomenological psychology: the contingencies of the lifeworld. *Journal of Phenomenological Psychology,* 2003, vol. 34, n° 2, p. 145-156.

3. BERDAH, C. Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico*-Psychologiques, 2010, vol. 168, n° 3, p. 184-190.

4. BINSWANGER, L. *Trois formes manquées de la présence humaine*, 1956. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.- 223p.

5. BUXTON B. K., SNETHEN J. Obese Womens Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers: A Phenomenological Study, *Nursing Research*, 2013, vol. 62, n° 4, p. 252–259.

6. CARON, M. Sur la question du corps dans la pensée de Heidegger. De *Sein und* Zeit aux *Séminaires de Zollikon*, *Archives de Philosophie*, 2008, n° 2, Tome 71, p. 309-329.

7. FREUD S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905. Paris : Flammarion, 2011.- 358p.

8. FREUD, S. *Cinq psychanalyses*, 1901-1918. Paris : PUF, 2014.- 666p.

9. FREUD S., BINSWANGER L. *Correspondances 1908-1938*. Paris : Calman-Lévy, 1995.- 378p.

10. GALLAGHER, S. Phenomenology and experimental design toward a phenomenologically enlightened experimental science. *Journal of Consciousness Studies ,*2003, vol. *10*, n° 9-10, p. 85-99.

11. GIORGI, A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure, *Journal of Phenomenological Pschology*, 1997, vol. 33, p. 235 – 260.

12. GRUCZA R. A., PRZYBECK T. R., CLONINGER C. R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, p. 124–131.

13. HEIDEGGER, M. *Être et Temps*, 1927 / trad. par VEZIN F. Paris : Gallimard, 1986.- 589p.

14. HEIDEGGER, M. *Séminaires de Zurich*, 1987 / Trad. par GROS, C. Paris : Gallimard, 2010.- 405p.

15. HUSSERL, E. *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*, 1913. Paris: Gallimard, 1950.

16. HUSSERL, E. *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*, 1928. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.- 205p.

17. JENSEN J., PETERSEN M., LARSEN T., JØRGENSEN D., GRØNBÆEK H., MIDTGAARD D. Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study, *J. Adv. Nurs.*, 2014, vol. 70, n° 5, p. 1138–1149.

18. KLEINMAN A., GOOD B. *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of the affect and disorder*. Berkeley : University of California Press, 1985.- 500p.

19. LOPARIC, Z. « Binswanger lecteur de Heidegger : un malentendu productif ? ». In : *Ludwig Binswanger* : *philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse* / dir. par LEROY-VIÉMON B. Argenteuil : Le Cercle Herméneutique Éd., 2011.

20. MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1950.

21. MINKOWSKI, E. *Le temps vécu*, 1933. Paris : Presses Universitaires de France, 1995.- 409p.

22. MOUSTAKAS, C. *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

23. OSTROVSKY N. W., SWENCIONIS C., WYLIE-ROSETT J. et al. Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 2013, vol. 14, n° 2, 145–148.

24. SMITH, J. *Qualitative Psychology : a practical guide to research methods.* London: SAGE Publications, 2008.

25. TELCH C., AGRAS W. Obesity, binge eating and psychopathology : Are they related ? *International Journal of Eating Disorders*, 1994, vol. 15, n° 1, p. 53-61.

26. VARELA, F. Neurophenomenology: a methodological remedy to the hard problem. *Journal of Consciousness Studies,* 1996, vol. 3, n° 4, p. 330–350.

27. VARTANIAN L., PINKUS R., SMYTH J. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2014, vol. 3, n° 3, p. 196-202.

28. ZWAAN, M. de. Binge eating and obesity, *International Journal of* Obesity, 2001, vol. 25, n° 1, p. 51-55.

ANNEXE 1 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ UTILISÉ EN FRANCE

École Doctorale
Recherches en
Psychopathologie et
Psychanalyse

CRPMS - Centre de
Recherches Psychanalyse,
Médecine et Société

Formulaire de consentement éclairé

En signant ce formulaire, je déclare que je consens volontairement à participer à l'étude **«** Trop Manger: Approche phénoménologique et psychanalytique de l'expérience hyperphagique dans l'obésité et dans la boulimie au contexte brésilien et français », realisée dans le CRMO – Centre de Recherche et de Médicine de l'Obésité à la Pitié Salpétrière, dont le projet a été approuvé par les responsables académiques à l'Université Paris Diderot - Paris VII. J'ai par ailleurs pris connaissance de toutes les informations données aux participants de la recherche oralement et par écrit et portant sur :

- son objectif, sa méthode et sa durée,
- les contraintes et risques éventuellement encourus,
- le bénéfice que je peux éventuellement en attendre,
- l'usage qui sera fait des résultats,

m'informant notamment du fait que :

- mon identité et mon adresse seront traitées de manière confidentielle,
- je peux demander à tout moment un complément d'information sur l'étude,
- je peux quitter l'étude à tout moment,
- je recevrai une copie du présent document, portant le nom et les coordonnées du responsable de la recherche.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je co

Fait à , le :

Participant:

Nom, Prénom:

Signature

Responsable de la recherche :

Nom, Prénom : Bloc, Lucas

Téléphone: 0614021631

Email: bloclucas@gmail.com

Signature :

ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ UTILISÉ AU BRÉSIL (PRONUTRA – UNIFOR)

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Abordagem fenomenológica da experiência hiperfágica na obesidade e na bulimia no contexto brasileiro e francês
NOME DO PESQUISADOR: Lucas Bloc
ENDEREÇO: Rua Joaquim Nabuco, 2360, apt 701 – Fortaleza, Ceará
TELEFONE: (85) 32640605 / (85) 981723620

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, desenvolvida por Lucas Bloc, doutorando na Université Paris Diderot – Paris VII e professor da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que irá investigar a experiência de comer em excesso por pacientes com obesidade e pacientes com bulimia. Nós estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos saber como estas pessoas vivenciam episódios em que perdem o controle em relação ao comer, fazendo uma comparação entre os pacientes que são obesos e aqueles que vivenciam a bulimia. Nesta pesquisa, realizaremos também uma comparação entre os pacientes residentes no Brasil e na França.

1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?

Como paciente ativo no PRONUTRA, você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa por atender aos critérios de inclusão: 1) ser maior de dezoito anos; 2) estar fazendo tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; 3) ser participante ativo de programas de tratamento dos transtornos alimentares ou realizar algum tipo de acompanhamento nutricional ou de controle de peso. Além disso, este convite se vincula aos registros de episódios de controle em relação à alimentação.

2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?

Ao participar desta pesquisa, você será entrevistado pelo pesquisador em dia e horário previamente estabelecidos. A entrevista é composta por perguntas simples que visam

compreender as experiências que você vivenciou e ainda vivencia ao longo de sua vida. A participação nesta pesquisa se resume a esta entrevista que possui uma duração estimada entre 30 e 45 minutos e serão registradas pelo pesquisador, mantendo todo o sigilo necessário. Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação. Entretanto, caso você deseje que o seu nome ou sua voz conste no trabalho final, nós respeitaremos sua decisão. Basta que você marque ao final deste termo a sua opção.

4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.

Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas através da entrevista ou por dados pessoais obtidos através de prontuário utilizadas(os) somente para esta pesquisa. Deseja-se que a entrevista seja gravada, o que será feito apenas com sua autorização. O material da pesquisa, com os seus dados e informações, será armazenado em local seguro e guardado em arquivo por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

O procedimento utilizado na pesquisa, no caso a entrevista, apresenta o risco de produzir emoções e certo mal-estar na medida em que questões de cunho pessoal e situações de sofrimento possam aparecer a partir dos seus relatos. Consideramos este risco mínimo e, ainda que tais situações possam aparecer, este risco será reduzido pelo fato de você contar com o apoio do pesquisador, como psicólogo e da instituição na qual está inserido(a).

6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir para o desenvolvimento

de estratégias de prevenção e tratamento nesta área, contribuindo direta e indiretamente para o seu próprio percurso pessoal na instituição. Através de pesquisas como esta, será possível progressivamente melhor compreender o fenômeno estudado e avaliar as estratégias adotadas.

7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira. No caso de algum gasto resultante da sua participação na pesquisa e dela decorrentes, você será ressarcido, ou seja, o pesquisador responsável cobrirá todas as suas despesas e de seus acompanhantes, quando for o caso, para a sua vinda até o centro de pesquisa.

8. ESCLARECIMENTOS

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados nela, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Lucas Bloc

Email: bloclucas@gmail.com

Telefone para contato: (85) 3264.0605 / (85) 981723620

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTICA

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1o andar. Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341. Horário de Funcionamento: 08:00hs às 12:00hs e 13:30hs às 18:00hs. Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza-CE.

9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar este documento, que será elaborado em duas vias: uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo a sua assinatura na

última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

10. USO DO NOME OU VOZ

Caso o(a) Senhor(a) deseje que seu nome, sua voz ou o nome da sua instituição apareça nos resultados da pesquisa, sem serem anonimizados, marque um dos itens abaixo.

____ Eu desejo que o meu nome conste do trabalho final.
____ Eu desejo que a minha voz conste do trabalho final.
____ Eu desejo que o nome da minha instituição conste do trabalho final.

11. CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)_____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do participante ou representante legal

_____
Assinatura do pesquisador

_____
Impressão dactiloscópica

ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ UTILISÉ AU BRÉSIL (CETRATA – HUWC/UFC)

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Abordagem fenomenológica da experiência hiperfágica na obesidade e na bulimia no contexto brasileiro e francês

NOME DO PESQUISADOR: Lucas Bloc

ENDEREÇO: Rua Joaquim Nabuco, 2360, apt 701 – Fortaleza, Ceará

TELEFONE: (85) 32640605 / (85) 981723620

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, desenvolvida por Lucas Bloc, doutorando na Université Paris Diderot – Paris VII, que irá investigar a experiência de comer em excesso por pacientes com obesidade e pacientes com bulimia. Nós estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos saber como estas pessoas vivenciam episódios em que perdem o controle em relação ao comer, fazendo uma comparação entre os pacientes que são obesos e aqueles que vivenciam a bulimia. Nesta pesquisa, realizaremos também uma comparação entre os pacientes residentes no Brasil e na França.

1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?

Como paciente ativo no CETRATA, você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa por atender aos critérios de inclusão: 1) ser maior de dezoito anos; 2) estar fazendo tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; 3) ser participante ativo de programas de tratamento dos transtornos alimentares ou realizar algum tipo de acompanhamento nutricional ou de controle de peso. Além disso, este convite se vincula aos registros de episódios de controle em relação à alimentação.

2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?

Ao participar desta pesquisa, você será entrevistado pelo pesquisador em dia e horário previamente estabelecidos. A entrevista é composta por perguntas simples que visam compreender as experiências que você vivenciou e ainda vivencia ao longo de sua vida. A participação nesta pesquisa se resume a esta entrevista que possui uma duração estimada entre 30 e 45 minutos e serão registradas pelo pesquisador, mantendo todo o sigilo necessário. Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

O procedimento utilizado na pesquisa, no caso a entrevista, apresenta o risco de produzir emoções e certo mal-estar na medida em que questões de cunho pessoal e situações de sofrimento possam aparecer a partir dos seus relatos. Consideramos este risco mínimo e, ainda que tais situações possam aparecer, este risco será reduzido pelo fato de você contar com o apoio do pesquisador, como psicólogo e da instituição na qual está inserido(a).

4. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento nesta área, contribuindo direta e indiretamente para o seu próprio percurso pessoal na instituição. Através de pesquisas como esta, será possível progressivamente melhor compreender o fenômeno estudado e avaliar as estratégias adotadas.

5. POSSO ME RETIRAR DO ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento na Instituição.

6. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.

Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas através da entrevista ou por dados pessoais obtidos através de prontuário utilizadas(os) somente para esta pesquisa. Deseja-se que a entrevista seja gravada, o que será feito apenas com sua autorização. O material da pesquisa, com os seus dados e informações, será armazenado em local seguro e guardado em arquivo por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

7. ATUALIZAÇÃO DOS RESULTADO E DÚVIDAS

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados nela e desejar buscar atualizações dos resultados da pesquisa, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.
Nome do pesquisador responsável: Lucas Bloc
Email: bloclucas@gmail.com / Telefone para contato: (85) 3264.0605 / (85) 981723620

8. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

9. USO DOS DADOS DA PESQUISA

O pesquisador responsável se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br"

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Assinatura do paciente Data ___/___/___

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___