

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/225834263>

Adolescents obèses face à la stigmatisation

ARTICLE in OBÉSITÉ · APRIL 2007

DOI: 10.1007/s11690-007-0056-6

CITATIONS

8

READS

648

4 AUTHORS, INCLUDING:



[Laurence Tibere](#)

University of Toulouse II - Le Mirail

34 PUBLICATIONS 27 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Jean Pierre Poulain](#)

Taylor's University

219 PUBLICATIONS 459 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Rossana Proenca](#)

Federal University of Santa Catarina

85 PUBLICATIONS 311 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Adolescents obèses face à la stigmatisation

L. Tibere¹, J.-P. Poulain¹, R. Pacheco da Costa Proenca², S. Jeannot¹

¹ CERTOP UMR-CNRS 5044, pôle « Tourisme, Alimentation, Santé » (ex-ERITA), université de Toulouse-II, France

² Équipe de recherche sur la nutrition en restauration (NUPPRE), université fédérale de Santa-Catarina (UFSC), Brésil

Résumé : La stigmatisation des sujets obèses a des conséquences sur la trajectoire sociale des individus concernés, et par son impact sur le moral et l'estime de soi, constitue un facteur aggravant de l'obésité elle-même. Travaillant à partir des échanges d'adolescents obèses enregistrés sur le forum de parole du site Internet « *obésité.com* », cet article décrit les formes de stigmatisation et permet de toucher du doigt la douleur vécue par les jeunes obèses. Il met au jour les mécanismes qui sous-tendent la stigmatisation, le poids du regard et des mots des autres, l'intériorisation du stigmate, la dévalorisation de soi, la fuite des lieux habituels de socialisation... À l'échelle des individus, l'obésité est vécue comme une souffrance autant que comme un handicap. Dans un deuxième temps, les auteurs s'intéressent aux stratégies mises en place pour affronter la stigmatisation et pour trouver une manière de vivre dans un monde où la minceur est fortement valorisée. En conclusion, ce travail débouche sur des préconisations concrètes susceptibles de réduire l'importance des discriminations dont sont victimes les sujets obèses et de leur faciliter le vécu des situations stigmatisantes.

Mots clés : Sociologie – Obésité – Adolescents – Discrimination – Estime de soi – Stigmatisation

The stigmatization of obese adolescents

Abstract: Stigmatization affects the social mobility of obese people and has an impact on their morale and self-esteem, both of which can play a role in exacerbating the condition. Working with extracts from chat room discussions of obese adolescents, recorded from the Internet site *obésité.com*, this article describes the forms of stigmatization experienced by obese young people. It sheds light on the mechanisms underlying stigmatization, the scrutiny and words of others, the internalization of stigma, the lowering of self-esteem and the avoidance of normal places of socialization. In individuals, obesity is experienced as a suffering as much as a handicap. The authors also address strategies used to cope with stigmatization and to find the means to live in a world

where thinness has become an ideal. In conclusion, this paper offers concrete recommendations that can reduce the extent of discriminations against obese adolescents and help them manage stigmatising situations.

Keywords: Sociology – Obesity – Adolescents – Discrimination – Self-esteem – Stigmatization

Introduction

L'obésité est un problème social parce que la façon dont les « gros » sont considérés dans nos sociétés, le regard social réprobateur qui pèse sur eux et la dévalorisation morale dont ils sont l'objet provoquent des souffrances. Le plus grave est que ce regard négatif peut parfois légitimer certaines formes de discrimination et affecter sensiblement les trajectoires sociales. De nombreuses études montrent que la stigmatisation des personnes obèses a un impact sur leur mobilité sociale. Elle ralentit la mobilité intragénérationnelle, c'est-à-dire les progressions de carrière [1, 2] et augmente la fréquence de la mobilité intergénérationnelle descendante, c'est-à-dire les situations dans lesquelles une personne a une position sociale moins élevée que celle de ses parents. Cette seconde forme de mobilité est influencée par trois facteurs principaux : le niveau d'éducation, l'activité professionnelle et le mariage [3, 4]. L'obésité peut, dans cette perspective, être considérée comme un facteur de risque de différenciation sociale négative et la lutte contre la stigmatisation vue comme une priorité pour tendre vers l'égalité des chances [5-9].

Pendant, les effets de l'obésité sur les trajectoires sociales ne sont pas les mêmes selon l'âge de son installation. L'influence de la stigmatisation est plus grande dans le cas de l'obésité infantile [7], car elle pèse sur la scolarité qui surdétermine les vies professionnelles. L'impact se révèle plus faible pour une obésité survenue à l'âge adulte, une partie de la trajectoire sociale étant réalisée. Dans l'autre sens, il a été mis en évidence une association des reflux de trajectoire sociale avec des taux plus élevés de prévalence de l'obésité [10]. Ces aspects font

que, dans les sociétés occidentales, l'obésité en général et plus précisément l'obésité infantile, peuvent être considérées comme un véritable handicap social.

À l'échelle des individus, l'obésité est vécue la plupart du temps comme une souffrance autant que comme un handicap. Dans un premier temps, nous tenterons de décrire les formes de stigmatisation dont sont victimes les adolescents obèses. Puis, nous nous intéresserons à leurs attitudes et aux stratégies mises en place pour affronter la stigmatisation et pour trouver une manière de vivre dans un monde où la minceur est fortement valorisée. L'analyse de ces attitudes débouche sur des préconisations concrètes susceptibles de réduire l'importance des discriminations dont sont victimes les sujets obèses et de leur faciliter le vécu des situations stigmatisantes.

Du point de vue méthodologique, nous avons analysé des échanges d'adolescents obèses enregistrés sur le forum de parole du site Internet « *obésité.com* ». Ces dialogues nous ont paru intéressants dans la mesure où ils mettent en interaction des sujets concernés par la question de l'obésité, dans un contexte où ils n'ont pas à soutenir un face-à-face souvent perçu comme difficile. Un échantillon de 127 individus de 12 à 18 ans a pu ainsi être constitué¹. Les dialogues échangés par ces adolescents ont permis de toucher du doigt la douleur vécue par les jeunes obèses et leur besoin de parler avec d'autres jeunes qui sont dans la même situation qu'eux. On mesure la souffrance en même temps que l'énergie déployée pour tenter de sortir de leur situation. Parfois, les dialogues touchent à la dramatique et l'on sent la douleur de ceux qui, intériorisant la dévalorisation, se laissent enfermer dans le cercle vicieux de la stigmatisation : *Obésité => Stigmatisation => Dévalorisation de soi et repli => Comportements alimentaires compensatoires* [8]. Mais, dans ces échanges, derrière les petites « combines », les astuces d'habillement, les conseils psychologiques, les régimes, les adresses... en un mot, derrière les stratégies de résistance se lit un formidable désir de vivre.

Nous construisons l'analyse en quatre temps. Nous reviendrons tout d'abord sur la stigmatisation, sur les mécanismes qui la sous-tendent et sur la façon dont ils sont perçus par la population étudiée. Nous décrirons comment les regards et les mots des autres « non obèses » conduisent à l'intériorisation du stigmate et à la dévalorisation de soi dont l'une des conséquences est le repli sur soi et la fuite des lieux habituels de socialisation. Nous verrons ensuite plus en détail comment l'école, les lieux de loisirs deviennent des lieux d'exclusion des jeunes obèses. Dans

un troisième temps, nous étudierons les relations de ces adolescents au monde médical et à ses normes : nous verrons ainsi qu'elles sont pour la plupart intériorisées et mises en avant dans les discours et servent de justification à une série de démarches. Enfin, nous nous intéresserons aux rapports qu'entretient la stigmatisation de l'obésité avec la valorisation de l'idéal de la minceur.

Stigmatisation : des regards, des mots... une étiquette

C'est dans le cadre de travaux sur les institutions psychiatriques qu'Erving Goffman a mis en évidence et décrit la stigmatisation. Il la définit comme un processus qui concourt au discrédit et à l'exclusion d'un individu considéré comme « anormal ». Il pointe le fait que c'est au cours d'interactions sociales que l'étiquette de « déviant » est attribuée à un individu par d'autres individus supposés être quant à eux « normaux ». L'individu se trouve réduit à la caractéristique « déviante ». Ses autres qualités humaines et sociales singulières passent alors au second plan et s'effacent derrière le stigmate au point que l'on peut affirmer que la stigmatisation « fonctionne » comme un racisme. Une fois ce label attribué, il justifie une série de discriminations et des mesures d'exclusion plus ou moins sévères. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi et conduit l'individu à considérer comme normaux et légitimes les traitements discriminatoires qu'il subit et les préjugés dont il est victime [11].

L'auteur a proposé la notion de « statut principal » (*master status*) pour rendre compte du phénomène de réduction d'un individu à la caractéristique, objet de la stigmatisation. C'est ainsi que les personnes obèses sont plus souvent caractérisées par leur poids que par d'autres attributs sociaux, le statut de gros prenant le pas sur toutes les autres qualités et induisant des jugements moraux négatifs sur le mode : « *cette personne ne se contrôle pas* », « *... n'est pas maître d'elle-même* », « *... n'est pas digne de confiance...* ».

Erving Goffman n'a pas lui-même étudié la stigmatisation des obèses ; c'est à la fin des années 1960 qu'un autre sociologue américain, Werner Cahnman a mis en évidence le fait que les obèses américains étaient l'objet de stigmatisation. « Par stigmatisation, [écrit-il], nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale » [12]. Il montre surtout que la forme de stigmatisation qui touche les sujets obèses est d'une nature particulièrement culpabilisante, notamment si

¹ 250 verbatims ont été collectés en janvier et février 2003. Description de l'échantillon :

- le sexe : 67,7 % de femmes, 20,5 % d'hommes et 11,8 % non identifiés ;
- l'âge : 48,8 % non renseignés, 13,4 % ont moins de 15 ans et 31,5 % ont entre 16 et 18 ans ;
- l'IMC : 60,6 % de l'échantillon n'a pas donné sa taille, ni son poids, IMC < 25 : 8,7 % et 30,7 % sont dans la catégorie surpoids et obésité.

Parmi les 50 individus ayant déclaré leur IMC, 22 % ont un poids normal ou maigre, 20 % sont en surpoids, 36 % ont une obésité modérée et 22 % sont en obésité sévère ou morbide.

on la compare à celle des personnes handicapées ; insistant sur le fait que « alors que la cécité est considérée comme un malheur, l'obésité est vue comme défaut » de la personne [12], car elle appelle un jugement moral qui désigne le sujet comme responsable de la situation dans laquelle il se trouve. Le pire étant, comme le montre Jeffrey Sobal, que les représentations négatives et les stéréotypes qui pèsent sur l'obésité fonctionnent parfois comme des « *prophéties autoréalisatrices* » [7] ; c'est-à-dire que les individus finissent avec le temps par se conformer au stéréotype que l'on a projeté sur eux.

Le concept de « prophéties autoréalisatrices » a été proposé par Robert Merton à la fin des années 1940. Il en donne la définition suivante : « La prophétie autoréalisatrice (*self-fulfilling prophecy*) est une définition d'abord fautive d'une situation, mais cette définition erronée suscite un nouveau comportement, qui la rend vraie » [13]. À la fin des années 1960, Robert Rosenthal et Leonore Jacobson ont mis en évidence un lien entre les jugements des enseignants et les performances des élèves, confirmant ainsi l'existence de prophéties autoréalisatrices dans le champ de l'éducation. Dans leur livre *L'effet Pygmalion* [14], ils montrent à partir d'expérimentations psychosociologiques, qu'en mettant en place des attentes positives chez les enseignants en leur présentant les supposés résultats exceptionnels à des tests d'intelligence d'enfants en réalité tirés au sort dans la classe, ceux-ci obtiennent des résultats scolaires bien meilleurs que leurs camarades de classe. La projection sur les adolescents obèses de représentations négatives pourrait, dans cette perspective, les conduire à se conformer au stéréotype.

Pour Cahnman, « l'adolescent obèse est triplement victime : premièrement parce qu'il est discriminé, deuxièmement parce qu'il est incité à comprendre qu'il est le responsable de ce qui lui arrive et enfin parce qu'il en vient à accepter son traitement comme normal et juste [12]. L'impact de la stigmatisation est considérablement plus fort pour les femmes que pour les hommes, moins soumis aux impératifs d'esthétique corporelle [15], même si cela est en train de changer.

Depuis le simple achat d'une place d'avion ou de cinéma, jusqu'au poids du regard esthétique qui pèse sur lui, l'obèse est dévalorisé, marginalisé, mis au ban de la société. Les répercussions de la stigmatisation sont nombreuses. Des travaux américains montrent comment certaines attitudes négatives à l'égard des obèses peuvent se transformer en véritable discrimination et surtout affecter leurs trajectoires sociales [3, 5, 6, 8, 16, 17].

Les effets sur les parcours individuels se font ressentir dans tous les domaines de l'existence et peuvent, dans le cas de l'adolescent, affecter la construction des identités individuelle et sociale. Certains témoignages permettent d'accéder à ces aspects, à travers le vécu de l'adolescent.

Regard des autres

Quelles sont les perceptions de ces jeunes et leurs réactions face au regard et aux propos stigmatisants ? Le poids du regard des autres est un thème récurrent dans les dialogues. Il génère chez celui qui est regardé de la honte, rendant problématiques les activités quotidiennes les plus banales, notamment celles qui se déroulent dans les espaces publics. Il est un frein à la vie « normale » : « *c'est dur d'aller à la piscine parce que les gens m'observent bizarrement... j'ai moi-même peur du regard des autres* » (H, 16 ans). Le regard des autres fait prendre conscience de son « anormalité », un jeune garçon souligne combien son corps est différent de celui des autres, le surpoids faisant apparaître des formes féminines : « *Moi aussi, j'ai honte d'aller à la piscine car comment dire... j'ai des trucs comme les femmes, j'ai des nénés... ça me fout la honte pas possible ...* » (H, 10 ans).

Plus globalement, le poids du regard des autres les réduit à un corps et ce corps « moche », ce corps « *de bibendum* » comme le disent certains, écrase toutes leurs autres caractéristiques psychologiques et sociales. Phénomène que les propos de cette jeune fille illustrent bien : « *c'est vrai que, par moments, on en a vraiment marre du regard des autres qui ne juge que sur l'aspect extérieur de la personne sans chercher à nous connaître en profondeur* » (F, 18 ans). Enfin, ces regards pesants et négatifs peuvent rendre plus complexes les tentatives de retour à la norme. Comme le dit cette jeune fille : « *Maintenant, ça va mieux, j'ai dû d'abord accepter le regard des autres avant de pouvoir perdre du poids* » (F, 12 ans).

Mots qui blessent

Plus touchantes, plus blessantes encore que les regards, les paroles, dont certaines sont enregistrées pour la vie. Agressions verbales et sobriquets sont aussi les vecteurs de la stigmatisation. Ils sont le quotidien des sujets en surpoids ou obèses, comme l'illustrent ces propos : « *Hier encore, on m'a traité de "bouboule", alors que je jouais au basket* » (H, 16 ans). Ou encore celui-ci se terminant par un appel à l'aide : « *À l'école, des gens se moquent de mon ventre, ... et ça me révolte d'entendre les insultes. Aidez-moi !* » (F, 13 ans).

Certains adolescents connaissent ces insultes depuis fort longtemps, elles les accompagnent depuis l'enfance : « *j'ai 18 ans, pèse près de 150 kg, et depuis tout petit je fais du sport (du moins, j'essaye), et j'ai tellement été insulté, dénigré, jugé méchamment...* » (H, 18 ans). Ces regards, ces mots leur collent à la peau au point qu'eux-mêmes entretiennent ces jugements négatifs à leur rencontre.

Les adolescents prennent alors pour référence la norme pondérale et la comparaison les conduit à se déprécier sur le mode du « *je ne suis pas comme il faut* ». Plus encore, ce n'est plus « être gros » qui pose problème, mais plutôt « ne pas être maigre » et ces jugements négatifs construits par

rapport à la norme de minceur vont jusqu'à faire culpabiliser, y compris en l'absence d'obésité : « *Je mesure 1,69 m pour 68 kg, il faut que je perde 10 kg, dans ma classe ils sont tous minces, alors c'est trop dur !* » (F, 17 ans). Ces jugements négatifs sont perçus comme dépendant du système de valeur dominant, en somme « *si tu ne changes pas, tu ne seras jamais accepté* » : *tu vis dans une société, et cette société n'aime pas la surcharge pondérale et tu ne peux pas forcer les gens à t'accepter tel que tu es* » (F, âge inconnu).

Intériorisation d'une étiquette et dévalorisation de soi

Le sujet stigmatisé entre dans un processus d'autodévalorisation progressive, pour lequel on peut distinguer trois niveaux : un premier que l'on pourrait décrire en ces termes « ce que je suis ne me plaît pas, je ne m'aime pas », un deuxième faisant référence aux autres « je ne suis pas comme les autres », enfin un dernier niveau considérant que « les autres ont raison », sous-entendu « je ne vaudrais rien, je suis un raté ». Le « désamour de soi » est ancré dans des caractéristiques physiques considérées comme des défauts et il s'exprime par l'utilisation de termes péjoratifs, comme « gras », « énorme », « on dirait que je suis enceinte », « mon ventre disgracieux »... Les propos de cette jeune fille l'illustrent pleinement : « *Mes plus gros complexes sont mon ventre et mes cuisses. Quand je me regarde dans un miroir j'ai l'impression d'être enceinte de quatre mois (or je le précise, je ne le suis pas) et là c'est quand je n'ai pas encore mangé ! J'ai des vilains bourrelets disgracieux sur les hanches et mes cuisses ressemblent à deux énormes jambonneaux !* » (F, 17 ans). Même les paroles de l'entourage sont perçues à double sens et peuvent blesser : « *je trouve que même les personnes de ma famille ne sont pas honnêtes avec moi quand je leur dis : "je suis énorme, je ne me sens pas bien dans ma peau", ils me disent tous : "arrête de te faire des idées, tu es bien comme tu es" et cela me fait encore bien plus de mal que s'ils me disaient la vérité* » (sexe inconnu, 17 ans).

L'autre aspect correspond à la mise en exergue des différences et de l'anormalité... L'individu se déprécie en référence à la norme. Parfois le ton et les termes utilisés surprennent tant ils sont sans nuance comme si on voulait forcer le trait : « *Je suis un ado obèse de type gynoïde, j'ai donc de gros bourrelets, des cuisses énormes et des fesses démesurées* » (H, 16 ans). Cette dévalorisation est justifiée puisque les autres le pensent : « *les gens ne voient que ça [sous-entendu, et c'est bien normal puisque] je n'ai plus de séparation entre les cuisses [...] et que je suis un bibendum* » (H, 17 ans). Ce garçon va plus loin en déclarant : « *je ne manquerai pas de faire de la provoc à la piscine pour que l'on m'accepte. Je ne peux plus supporter d'être entre surpoids et obésité, c'est pourquoi je me lance dans une obésité sévère* ». En somme, il y a une forme d'acceptation chez ces personnes de ce que les autres renvoient par des représentations négatives, qui apparemment sont identi-

ques que l'on soit en surpoids ou obèse. Et la citation suivante montre qu'une fois « étiqueté », le stigmatisé se résigne à accepter cette étiquette, voire à la transformer positivement : « *mon ex-copain m'appelle tout le temps la grosse comme toi, mais il me le dit que pour m'embêter et me dire qu'il m'adore* » (F, 16 ans).

Difficultés de la vie sociale

Les conséquences de la stigmatisation commencent à être bien documentées [8, 9]. Les sujets obèses ont un taux d'accès plus faible à l'enseignement supérieur que les non-obèses [1]. Ils trouvent plus difficilement un emploi [18, 19]. Leur niveau de revenus est significativement plus bas [20]. Leur promotion professionnelle est ralentie [2]. Leur vie domestique, l'accès et l'utilisation d'équipements collectifs sont considérablement complexifiés [21, 22]. Comment par exemple assister à un spectacle lorsque les fauteuils ne permettent pas de s'asseoir ?

Enfin, la stigmatisation rend difficile la socialisation et l'intégration dans un groupe. Elle conduit souvent à l'isolement, au repli sur soi. Plus encore, la stigmatisation peut engendrer chez certains un processus de dévalorisation impliquant alors l'acceptation de l'étiquette négative. Il arrive que le stigmatisé lui-même devienne alors stigmatisant et contribue ainsi à légitimer le fait qu'être « gros » est « anormal ».

Quelles sont les répercussions de la stigmatisation ? Comment sont-elles vécues dans la vie courante, à l'école, dans les relations avec les autres, au niveau des loisirs ? Ce sont ces différents aspects que nous avons voulu appréhender à travers les témoignages.

Isolement et repli sur soi

Les enfants jouent un rôle de premier plan dans le phénomène de stigmatisation. Ils sont la première source de stigmatisation déclarée par les obèses adultes [22]. Phebe Cramer et Tiffany Steinwert ont montré que, dès 3 ans, des enfants manifestent clairement des comportements de stigmatisation à l'égard de sujets en surpoids, qu'il s'agisse d'adultes ou d'autres enfants [23]. L'école est l'un des principaux lieux où se mettent en place des phénomènes de stigmatisation. À une époque où les sportifs incarnent les héros modernes et où le sport est surinvesti par les enfants et les adolescents, certaines pratiques pédagogiques d'éducation physique et les méthodes d'évaluation, qui privilégient la performance, peuvent conduire à pointer du doigt les « petits gros », qui sont alors l'objet de moqueries quand ce n'est pas de véritables discriminations.

À l'école, l'expérience de l'exclusion est fréquente : « *Je voulais témoigner de mon obésité et dire que c'est très dur de se faire accepter dans le milieu scolaire* » (H, 16 ans). La différence physique, qui devient évidente à la piscine, conduit progressivement à désinvestir ces lieux pour ne

plus y aller du tout, et même nous dit-on « se cacher » : « À la piscine c'est terrible, j'ai l'impression d'être le seul à être obèse, de toute façon je n'irai plus » (H, 16 ans). Commencer par se cacher, se soustraire aux actions de la vie quotidienne, ne plus aller à la piscine, ne plus aller en cours d'éducation physique et sportive et même ne plus vouloir aller à l'école ou dans les autres lieux impliquant des contacts avec les autres, conduit au repli sur soi : « pendant quatre ans, j'ai tout arrêté pour me renfermer sur moi-même » (F, 18 ans) ou encore « j'ai peur de m'amuser par crainte qu'on se moque de moi et cela me fait beaucoup de mal » (H, 17 ans).

On peut imaginer dans ces situations d'isolement et de désocialisation progressive, que certains d'entre eux recourent à des pratiques alimentaires compensatoires entraînant ainsi la mise en place du cercle vicieux de la prise de poids. L'avis médical est mis en avant par certains pour justifier cette décision : « d'après le cardiologue, je fais des sortes de crise d'angoisse par rapport au regard des autres et de mon poids. Il a donc demandé à mon généraliste de me faire une dispense chaque année. Cela a donc résolu un problème mais malheureusement le regard blessant des autres est toujours là ! » (F, 18 ans).

On voit combien les conséquences de la stigmatisation rendent difficile l'activité physique préconisée dans la prise en charge des sujets en surpoids ou obèses. Les données soulignent également la nécessité de développer des dispositifs impliquant, notamment les enseignants d'éducation physique, pour la mise en place de modalités d'évaluation spécifique, tout en tenant compte de la marginalisation que cela peut induire. Certaines activités sportives (comme la pratique du rugby) peuvent être un levier d'intégration des enfants obèses et constituer une pratique valorisante.

Rapports de séduction et vie amoureuse

Les difficultés liées aux rapports de séduction et à la vie amoureuse, aspects déjà complexes et préoccupants chez les adolescents, prennent des proportions encore plus importantes en cas de surpoids ou d'obésité. À la question initiale que tous se posent « comment faire pour plaire ? » vient s'ajouter « quand on est gros ». De nombreux adolescents vivent leur poids comme le handicap principal à la relation amoureuse, perdant parfois de vue que ces difficultés sont inhérentes à l'adolescence. C'est en cela que la stigmatisation prend tout son sens, réduisant les individus à leur stigmata. Les relations amoureuses et plus largement la séduction sont le moteur principal du désir de perte de poids : « C'est pour les garçons que je veux maigrir » (F, 17 ans).

Le forum de discussion permet de partager aussi certaines frustrations : « Toi aussi tu n'es jamais sortie avec un gars ? » (F, 16 ans). Certains parviennent cependant à dédramatiser et relativisent la pression du modèle de minceur : « on dit souvent que les grosses sont

les plus mignonnes ! » (F, 16 ans). D'autres tentent de placer ailleurs les critères de séduction : « N'aie pas honte de n'être jamais sortie avec un gars. Tu as tout le temps pour rencontrer une personne qui saura voir la femme que tu es à l'intérieur » (F, 16 ans). Nous avons souligné le rôle de l'école et des pairs dans les processus de stigmatisation et la façon dont ces instances de socialisation peuvent contribuer de façon paradoxale à la désocialisation des jeunes obèses.

On sait que le milieu médical peut compter parmi les acteurs de la stigmatisation, à travers en particulier la pression du « nutritionnellement correct » et la légitimation de l'idéal de minceur [22, 24-26]. Le milieu médical et paramédical n'est en effet pas imperméable aux valeurs dominantes de la société (ici l'idéal de minceur) et, en retour, les professionnels et acteurs du système de santé ont une influence sur celles-ci en les légitimant [16, 27-29]. Quelle est l'attitude de ces adolescents par rapport à ce milieu ? Et, en particulier, dans quelle mesure en intègrent-ils les prescriptions et les discours ?

Intégration de la norme médicale dans les discours

La stigmatisation résulte de la définition de l'obésité comme « anormale ». Or, toutes les cultures n'ont pas la même valorisation des corpulences. Il a donc fallu que, dans les sociétés développées et cela à l'échelle de la société toute entière, un certain nombre d'individus réussissent à persuader les autres que cette situation était vraiment problématique [15]. L'obésité posée comme « anormale », comme « déviance » est une construction sociale dont on peut suivre les étapes. C'est tout d'abord sa dimension moralement incorrecte qui a été mise en avant. Claude Fischler a montré qu'une frontière entre le trop gros « celui qui mange plus que sa part » ou « celui qui ne se contrôle pas » et le « bon gros », le bon vivant, a toujours plus ou moins existé dans la culture occidentale [27]. Dans le contexte contemporain, c'est la frontière qui s'est déplacée vers le bas, le modèle d'esthétique de minceur se posant en idéal.

Peter Conrad a défini la médicalisation comme un processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis et traités comme médicaux, en termes de maladie et de dysfonctionnement [30]. Rappelons qu'en 1982, Van Itallie et Simopoulos, donnaient pour titre à un article de synthèse la question : « Obésité, état ou maladie ? » [31] sans décider en conclusion sur la réponse. C'est au cours des années 1990 que l'obésité a été clairement désignée comme une maladie avec la publication par l'OMS d'une série de rapports (OMS, 1998) dont certains prévoyant, à l'échelle nationale, la mise en place de « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité ». Pour la France, celles-ci ont été réalisées sous l'égide de l'Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), de la Société de nutrition et

de diététique de langue française (SNDLF) et de l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM) [32].

La médicalisation de l'obésité s'est ensuite prolongée par la mise en place de diplômés universitaires, la publication d'ouvrages scientifiques de synthèse dont celui de Basdevant et Guy Grand [33] est exemplaire. Elle substitue aux causes morales de dévalorisation des sujets obèses ou en surpoids, des raisons médicales. Les risques que l'obésité et le surpoids font courir pour la santé des individus et le coût de leur prise en charge viennent justifier la lutte contre l'obésité. La médicalisation est un progrès puisqu'elle libère l'obèse du poids du regard moralisateur pour faire de lui « un malade » ou plutôt quelqu'un qui a de grandes chances de le devenir, et que l'on doit donc aider et soigner. Mais dans le même temps, si on n'y prend pas garde, la médicalisation risque de donner des justifications scientifiques à la valorisation de la minceur, voire de la maigreur et à la désignation de l'obésité comme un écart à la norme.

Références au médical

Dans de nombreux *verbatim*, l'obésité est posée comme un problème médical ou plus précisément comme une question médicale. Le vocabulaire et les références mobilisés montrent que les sujets se sont emparés et ont intériorisé le discours médical et nutritionnel : la référence à l'obésité comme facteur de risque, le calcul de l'IMC (l'indice de masse corporelle), mais aussi la référence à un ensemble de règles nutritionnelles... Certains discours mettent l'accent sur la question de la prise en charge, depuis le diagnostic du problème de la maladie, jusqu'aux consultations auprès de professionnels de santé... « J'aimerais parler avec des ados de mon âge touchés par cette maladie. On ne se rend pas compte... le drame que vit quotidiennement le malade » (H, 16 ans). En réduisant le problème de l'obésité à une pathologie, se lit l'espoir pour les personnes concernées de s'excuser de leur différence. « Être malade de l'obésité » justifierait leur situation. C'est en ce sens que l'on peut parler de la dimension libératrice de la médicalisation. Beaucoup vont rechercher des informations, des noms de médecins spécialisés, des lieux de cures... Démarches sous-tendues par l'idée : « consultons pour en guérir ». « Vu le poids que j'ai, je suis consciente qu'il faut que je sois dans un centre spécialisé » (F, 18 ans) ou encore « j'aimerais savoir s'il existe des cures pour perdre du poids. Et où elles se trouvent ? » (F, 16 ans). Parfois, les propos sont graves et laissent deviner à l'arrière-plan, la question de la mort : « as-tu réfléchi aux conséquences de ta surcharge pondérale sur ton cœur, tes artères, tes tendons, tes muscles, tes os, etc. Enfin veux-tu vivre vieux et en bonne santé ? » (H, 16 ans).

Autre référence à l'univers médical, l'indice de masse corporelle. Il est quasi systématiquement mobilisé et les seuils des classes d'IMC sont assez bien maîtrisés : « si

ça peut te consoler, moi je pèse 120 kg et j'ai 40 kg en trop. Je mesure 176 cm. Mon IMC est de 39 ! Alors tu n'es pas seul à être gros ! » (H, 17 ans), etc.

Enfin, il arrive que la piste chirurgicale soit évoquée par certains : « un conseil, consulte un chirurgien connaissant le problème, vois en plusieurs au besoin pour te faire ta propre idée et surtout prends une solution qui ait fait ses preuves : pas de ballon changeable tous les six mois à 1 400 euros, comme une amie a fait » (F, 16 ans) ou cet autre exemple : « ma solution a été la gastroplastie, c'est une opération toute simple qui consiste à placer un anneau à l'estomac... j'ai perdu 24 kg » (H, 16 ans).

Norme nutritionnelle

L'intériorisation de la norme nutritionnelle est perceptible à travers certains discours : « c'est que je mangeais beaucoup hors des repas et pas beaucoup pendant, et maintenant je fais des repas copieux et équilibrés (et je ne grignote plus même si c'est parfois tentant !) » (F, 17 ans) ou encore dans les conseils diffusés pour perdre du poids : « mange des légumes et moins de choses. Exclue : crème, desserts, coca (quatre sucres), pâtes, patates. Permis : légumes, mieux manger trois fois par jour ! (...) Pour moi, si tu veux maigrir ? Il faut manger que des légumes, j'ai une copine obèse, elle faisait 110 kg, elle n'a mangé que des légumes pendant huit mois et elle a perdu : de 110 à 70 kg, bon courage (...) Et alors mange des légumes pendant huit mois, que ça... et tu verras » (H, 17 ans).

Les orientations radicales appellent parfois des réponses se voulant plus nuancées : « je ne veux pas critiquer, mais manger que des légumes c'est quasi "interdit", il faut absolument associer des protéines (lait, fromages, viande blanche ou rouge, jambon, soja), sinon tu vas perdre de la masse musculaire et ton métabolisme va diminuer fortement... en plus de ça, tu risques d'avoir des complications au niveau de tes reins... » (H, 16 ans).

Le désir de maigrir, les mécanismes de dévalorisation qui accompagnent la stigmatisation prennent place dans des contextes culturels et sociaux où « beauté » rime avec « minceur ». Mais la valorisation sociale de la minceur n'est pas universelle, elle est même une caractéristique de la modernité occidentale [34]. Cependant, au sein même de nos sociétés, et parmi les obèses également, tous les individus n'adhèrent pas de la même façon à cette norme ; nous avons cherché à repérer les différentes attitudes par rapport à cet aspect.

Accepter ou pas l'étiquette...

Nombreuses sont les cultures traditionnelles dans lesquelles les femmes bien en chair sont valorisées. Une forte corpulence est vue comme un signe de bonne santé, une promesse de descendance saine et nombreuse et se charge d'une puissante connotation érotique. Dans ces cultures, la maigreur n'est guère appréciée surtout dans

la perspective d'un mariage [35, 36]. Les sociétés secrètent des normes d'esthétique corporelle et de corpulence qui s'inscrivent dans des systèmes de valeurs et changent selon les contextes [37]. Les individus qui s'en éloignent sont alors pointés du doigt et désignés comme « anormaux et laids ». Il nous a paru intéressant de resituer la dévalorisation de soi par rapport aux formes de valorisation de l'esthétique corporelle des jeunes présents sur le forum de discussion. Nous avons ainsi dégagé une typologie d'attitudes construite autour de l'acceptation ou au contraire le rejet de la définition sociale de la beauté d'une part, et un rapport plus ou moins problématique, plus ou moins actif, du « moi » avec l'extérieur d'autre part. L'analyse des dialogues échangés sur le site « *obésité.com* » permet de repérer deux familles d'attitudes : dans la première, la norme sociale de la beauté est acceptée et constitue une référence ; dans la seconde, on note un rejet de cette norme et de la stigmatisation qui en découle.

« *Être beau, c'est être mince...* »

Le profil correspondant au premier groupe pourrait se résumer ainsi : « je ne suis pas belle (beau) puisque je suis grosse (gros) », avec cependant deux sous-populations se distinguant par une attitude résignée ou, au contraire, plutôt volontariste.

L'attitude passive face à la stigmatisation correspond à la figure « de la victime dépressive » qui ne peut rien entreprendre pour sortir de sa situation et cette passivité est souvent doublée d'une dépréciation du « moi-obèse » par projection sur « l'autre mince ». Cette dévalorisation conduit à la déprime et au désamour de soi d'autant que devenir mince semble un objectif hors de portée. On souffre de ne pas plaire au sexe opposé : « *j'ai 14 ans et je pèse 90 kg pour 1,70 m et en ce moment je suis en train de sombrer en pleine déprime à cause du fait que je suis obèse, parce qu'aucun gars ne s'intéresse à moi* » (F, 14 ans) ; et on se résigne à vivre avec ce poids, mais dans la souffrance : « *mes kilos sont devenus une partie de moi-même. L'obésité m'a fait tellement souffrir que j'ai dû l'accepter. Mais je ne vais plus à la piscine du fait de mon réel surpoids (...)* » (H, 16 ans). Les discours sont poignants tant ils traduisent le mal-être et les difficultés existentielles : « *l'obésité est un enfer (...)* j'ai honte, j'ai mal, l'obésité m'engraisse et me détruit » (H, 16 ans) ou encore « *je n'aime pas ma vie, j'ai besoin d'affection et d'encouragement... s'il vous plaît...* » (H, âge inconnu).

Les individus concernés sont comme empêtrés dans une souffrance et un désespoir pouvant aller jusqu'à l'expression de l'intention de suicide : « *moi aussi, j'ai un problème de poids et j'ai essayé de me suicider* » (H, 18 ans).

Dans l'autre sous-groupe, les individus sont moins résignés. Ils souhaitent « devenir normaux » (du point de vue de la norme pondérale), voire « minces ». Ils mettent en œuvre deux grands types d'actions visant cet objectif de

normalité. Le premier consiste à faire un régime pour maigrir, dispositif qu'ils préconisent par ailleurs à leurs interlocuteurs : « *tu te fixes un but à atteindre coûte que coûte : être mince !* » (H, 14 ans). Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs moyens sont proposés. En effet, un premier groupe fait part de ses « trucs et astuces » aidant à perdre du poids ou bien permettant de camoufler par le choix de certains vêtements, ses formes en attendant d'être plus mince : « *mets des vêtements genre XXL grands et longs qui cachent ton poids et tu te dis : "Je suis Mince" (...)* Faut pas angoisser ! Dans ta tête, arrête d'y penser et aux autres aussi ! » (H, 18 ans) ou encore cette jeune fille qui préconise que : « *pour perdre du poids, il faut se détendre et ne pas s'attendre à perdre beaucoup, très vite, mieux vaut perdre peu de manière durable. En tout cas, garde courage !* » (F, 18 ans). Certains adolescents, pour lesquels l'amaigrissement ne passe pas exclusivement par la restriction alimentaire, soulignent la nécessité d'identifier d'autres sources au problème de poids, celui-ci étant appréhendé comme un symptôme. « *Écoute (...)* il y a forcément un problème ailleurs ! » (F, 18 ans) ou encore : « *essaie de comprendre pourquoi !* » (F, âge inconnu).

La seconde sous-population met moins l'accent sur les moyens de maigrir que sur le soutien de ceux qui sont dans le même cas, sur la recherche de formes de solidarité permettant de faire face et d'agir ensemble. Mais attention, il ne s'agit pas ici de lutter contre la stigmatisation puisque se constituer en groupe, « être ensemble » reste un moyen là encore de « rentrer » dans la norme esthétique : « *je suis décidé à perdre du poids... mais je cherche quelqu'un pouvant soit m'aider ou partager mon envie de perdre du poids...* ». (H, 15 ans). Maigrir reste bien ici l'objectif commun, ce qui n'est pas le cas pour l'attitude suivante.

Minceur n'a pas le monopole de la beauté

Dans ce cas, on repère des processus de reconstruction passant par l'acceptation du poids. Cela se traduit dans un premier temps, par une remise en cause des normes pondérales et nutritionnelles, pour aller jusqu'à la promotion de type « *fat acceptance* ». Les verbatim sélectionnés illustrent trois registres d'actions face à la stigmatisation.

Tout d'abord, il y a ceux pour qui : « être gros ne signifie pas ne pas être beau », voire même « être gros, c'est beau » comme le fait remarquer cette jeune femme de 17 ans : « *je suis assez grosse, mais je veux vous dire à tous, que je l'assume, que je peux plaire et que bien des gens m'apprécient pour ce que je suis, sachez-le...* » ou encore, ces propos : « *si tu dégages du charme et aussi une certaine assurance, les garçons ne te verront pas de la même façon* » (F, 16 ans).

Une deuxième attitude consiste à dire que les apparences, ce n'est pas ce qui compte, bien au contraire : « *la réussite sociale des gens qui ont un*

corps de mannequin est éphémère, la tienne sera permanente et solide » (F, 18 ans). Le physique, le corps ne donnent à lire qu'une image partielle et oblige l'autre à s'intéresser aux qualités globales de la personne : « *au moins si quelqu'un s'intéresse à moi ce n'est pas seulement pour mon physique. Mais je ne veux pas dire par là que personne ne peut s'intéresser à moi pour mon physique* » (F, 14 ans). Et quelle que soit par conséquent son apparence physique, c'est l'image positive que l'on veut donner de soi qui prime : « *je crois vraiment pour l'avoir vécu que même en étant ronde, si on assume bien ses rondeurs, on rayonne de l'extérieur et les gens le ressentent et nous voient différemment* » (F, 18 ans).

Enfin, un troisième type d'actions pour faire face à la stigmatisation renvoie à la définition de nouvelles normes. Après tout, les autres c'est-à-dire ceux qui n'ont pas de problèmes liés à leur poids ne représentent pas un idéal, ne sont pas sans « défauts » : « *ta sœur, il faut lui faire comprendre qu'elle doit t'accepter comme ça et si elle continue, fais lui remarquer tous ces petits défauts, au bout d'un moment elle arrêtera* » (H, âge inconnu). Il n'est donc plus question de rentrer dans un moule, de changer, de pratiquer des régimes aminçissants pour ressembler aux autres, mais bien de s'accepter tel que l'on est : « *il faut avoir confiance en toi. Commence par aller faire du shopping, maquille-toi, détends-toi. Pour se sentir mieux, il faut prendre soin de soi et si tu te sens mieux les gens (garçons) s'intéresseront à toi* » (F, 15 ans).

Conclusion et perspectives

L'attitude et les stratégies déployées pour faire face à la stigmatisation diffèrent d'un adolescent à l'autre, cependant une chose reste commune à tous, la blessure causée par le regard de l'autre sur sa différence et les malaises identitaires et existentiels qui en découlent. Si la prise en compte de cette souffrance, qui s'ajoute aux difficultés habituelles de l'adolescence, justifie largement la lutte contre les processus de stigmatisation il en est d'autres qui appellent à renforcer les réflexions et les actions dans ce domaine. Sur le plan éthique tout d'abord, car il est question du traitement inégalitaire d'une communauté humaine. D'autant plus que les « stigmatisateurs » (ceux qui sont dans la norme) sont installés dans leur bonne conscience et agissent en pensant aider les obèses. Éthique également, par le fait que la stigmatisation affecte la trajectoire sociale des enfants obèses, les plaçant dans une position inégalitaire face à l'emploi et à l'intégration sociale. Sur le plan de la santé ensuite, la stigmatisation ne crée probablement pas le surpoids et l'obésité, mais elle l'aggrave et l'entretient. Elle désocialise le rapport à l'alimentation et accroît l'anxiété, mettant en marche le cercle vicieux de l'obésité [8].

Mais comment lutter contre la stigmatisation de l'obésité ? Une fois la stigmatisation des obèses objectivée et décrite, deux attitudes apparaissent. Si l'on se situe du

côté de la sociologie de l'obésité, dans une perspective positiviste, on peut considérer la stigmatisation comme un risque social et voir en elle une raison supplémentaire pour proposer aux obèses des thérapeutiques leur permettant de perdre du poids. Si l'on adopte le point de vue de la sociologie sur l'obésité, la stigmatisation est une construction sociale et l'on peut aider les obèses à s'en protéger et à mieux vivre dans les sociétés où l'obésité est considérée comme anormale. Certains travaux sociologiques ont recherché les moyens d'aider les obèses à affronter ces discriminations. Jeffrey Sobal propose un modèle pour « faire face à l'obésité » qui s'articule sur quatre étapes [3] : d'abord, la **reconnaissance** et la prise de conscience des mécanismes de la stigmatisation. Ensuite, l'**anticipation** c'est-à-dire la préparation des personnes obèses aux effets de la stigmatisation, en leur permettant de repérer les contextes sociaux où elle se manifeste et les catégories de personnes qui sont les acteurs concrets de la discrimination. La troisième étape, la **réaction**, vise à rassembler différentes attitudes psychosociales et techniques comportementales immédiates et à long terme, permettant de mieux assumer la stigmatisation. Enfin, la nécessité de la **réparation** par laquelle on cherche à faire reconnaître, par la société, les autorités sanitaires et administratives, le phénomène de stigmatisation de l'obésité et tente de promouvoir des actions de communication, voire des réformes législatives susceptibles de transformer les attitudes sociales envers l'obésité. On peut même envisager d'intervenir dans le processus social qui organise, légitime et propage les représentations qui sous-tendent la stigmatisation. Les interventions peuvent prendre la forme de campagnes de communication de masse, d'actions de soutien aux organisations de défense des obèses, voire, comme l'a décidé l'Espagne, l'interdiction de la diffusion d'images de mannequin et top-modèle au look trop anorexique et dont l'IMC est inférieur à certaines valeurs.

Parallèlement à ces aspects, la lutte contre la stigmatisation peut être envisagée sous deux angles complémentaires, celui de l'assistance et de l'accompagnement des sujets obèses en vue de les aider à mieux supporter la stigmatisation et d'y faire face et celui des actions auprès des acteurs sociaux dans le but de leur faire prendre conscience des mécanismes de la stigmatisation et d'en limiter les effets.

Remerciements

Les auteurs remercient la société Kobé, gestionnaire du site *obésité.com* pour son soutien matériel et le Pr Arnaud Basdevant pour ses orientations scientifiques.

Références

1. Canning H, Mayer J (1966) Obesity: its possible effect on college acceptance. *N Engl J Med* 275: 1172-4

2. Hinkle LE, Whitney LH, Lehman EW, et al. (1968) Occupation, education, and coronary heart disease. *Science* 161: 238-46
3. Sobal J (1991a) Obesity and nutritional sociology: a model for coping with stigma of obesity. *Clin Soc Rev* 9: 21-32
4. Sobal J (1991b) Obesity and socioeconomic status: a framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol* 13: 231-47
5. Allon N (1981) The stigma of overweight in everyday life. In: Wolman B (ed.), *Psychological aspect of obesity: a handbook*. New-York, Van Nostrand Reinhold, pp 130-74
6. Sobal J (1984a) Marriage, Obesity, and Dieting. *Marriage and Family Review* 7: 115-39
7. Sobal J (1999) Sociological analysis of the stigmatization of obesity, in Germov J, Williams L 1999, *The social appetite. A sociology of food and nutrition*, Oxford university press, pp 187-204
8. Poulain JP (2000) « Les dimensions sociales de l'obésité », in *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Expertise collective, Paris, Inserm
9. Puhl R, Brownell K (2001) Bias, Discrimination, and obesity. *Obesity Research* 9: 788-805
10. Poulain JP (2001) *Manger aujourd'hui*, Toulouse, Privat
11. Goffman E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliffs. Traduction française *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975
12. Cahnman WJ (1968) The stigma of obesity. *Sociological quarterly* 9(3): 283-99
13. Merton R (1988) *Éléments de théorie et de méthode sociologique* (1949); Colin
14. Rosenthal R, Jacobson L (1971) *L'effet Pygmalion*, (1968); Castermann
15. Germov J, Williams L (1996) The epidemic of dieting women: The need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite* 27: 97-108
16. Poulain JP (2005) *Sociologies de l'alimentation*, Paris, Quadrige PUF
17. Sobal J (1984b) Group dieting, the stigma of obesity, and overweight adolescents: the contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity. *Marriage and Family Review* 7: 9-20
18. Matuszewich E (1983) Employment discrimination against the overweight. *Pers J* 62: 446-50
19. Benson PL, Severs D, Tatgenhorst J, et al. (1980) "The social costs of obesity: a non-reactive field study". *Social Behaviour and Personality* 8(1): 91-96
20. McClean RA, Moon M (1980) « Health, obesity and earning ». *Am J Publ Health* 70(9): 1006-9
21. Karris L (1977) Prejudice against obese renters. *J Soc Psychol* 101: 159-60
22. Myers A, Rosen JC (1999) Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes* 23: 221-30
23. Cramer P, Steinwert T (1998) Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *J Appl Dev Psychol* 19: 429-51
24. Maddox GL, Back KW, Liederman VR (1968) Overweight as social deviance and disability, *J Health Soc Behav* 9(4): 287-98
25. Price J, Desmond S, Krol R, et al. (1987) Family practice physicians' beliefs, attitudes and practices regarding obesity. *Am J Prev Med* 3: 339-45
26. Najman JM, Munro C (1982) Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Soc Sci Med* 16: 1781-9
27. Fischler C (1990) *L'Homnivore*, Paris, O. Jacob.
28. Hubert A (2004) Corps de femmes sous influences, *Cah OCHA*, n° 10
29. Masson E (2004) « Le mincir, le grossir, le rester mince », in Hubert A., 2004, « Corps de femmes sous influences », *Cah OCHA* 10: 26-45
30. Conrad P (1992) Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol* 18: 209-32
31. Van Itallie, Simopoulos AP (1982) Obésité : état ou maladie. *Med Digest Nutr* 18: 14-21
32. Basdevant A, Laville M, Ziegler O (1998) Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cah Nutr Diet* 33: 1-148
33. Basdevant A, Guy-Grand B (2004) *Médecine de l'obésité*, Flammarion, Paris
34. Hubert A (1997) Adaptabilité humaine : biologie et culture. Du corps pesant au corps léger : approche anthropologique des formes. *Diet Med*, pp 83-8
35. Brown PJ, Konner M (1987) An anthropological perspective of obesity. *Ann N Y Acad Sci* 499: 29-46
36. Anderson JL, Crawford CB, Nadeau J, et al. (1992) "Was the duchess of Windsor right? A cross-cultural review of socioecology of female body shape". *Ethnol Soc Biol* 13: 197-227
37. Corbeau JP (2004) Les canons dégraissés : de l'esthétique de la légèreté au pathos du squelette. In: Hubert A., dir 2004, « Corps de femmes sous influences », *Cah OCHA*, 10: 47-61