

## L'OBESITE : nature, conséquences et prise en charge

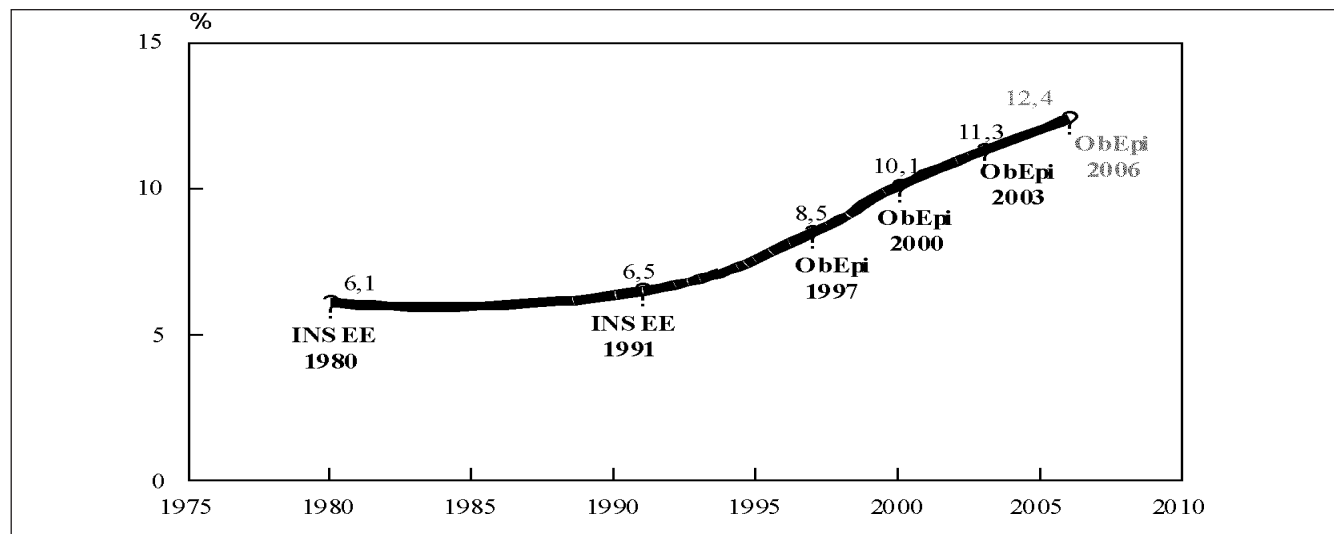
Pr Jean-Pierre LOUVET\* , Dr Pierre BARBE\*

\* UF de Nutrition, Service d'Endocrinologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition - Rangueil

Depuis plusieurs décennies, alors que minceur et forme physique sont largement prônées, avec comme conséquence une majoration du nombre de personnes, surtout de sexe féminin, sujettes à des troubles du comportement alimentaire (TCA), les Français n'ont jamais été aussi gros (fig.1). C'est un des résultats de la dernière enquête Obépi, menée par l'institut Roche de l'Obésité, l'INSERM, l'Hôtel Dieu (Paris) et la SOFRES sur près de 24000 personnes âgées de plus de 18 ans. L'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30, concerne 5,9 millions d'individus et le surpoids ( $25 < \text{IMC} < 30$ ) 14 millions. De plus, d'une part les formes graves d'obésité ( $\text{IMC} > 40$ ) progressent, affectant 0,8 % de la population contre 0,6 % en 2003,

d'autre part le nombre d'enfants obèses a plus que doublé en 20 ans (prévalence estimée entre 10 et 12% chez l'enfant de 6 à 12 ans) ; comme près de la moitié des obésités constituées avant la puberté persisteront à l'âge adulte et plus encore lors d'une acquisition para pubertaire, on peut concevoir que l'obésité soit perçue comme un problème majeur de santé publique, au point que le Programme National Nutrition Santé 2 (PNNS 2) qui succède au PNNS 1 proposé en janvier 2001, a toujours pour objectif prioritaire de faire maigrir les Français. Même si une susceptibilité génétique a pu être démontrée par Bouchard et Trembley (1) dans le développement de l'obésité, son caractère familial est souvent le reflet de facteurs combinés, environnementaux notamment, qui seuls peuvent expliquer l'augmentation rapide de sa prévalence ; la prévention et la prise en charge nutritionnelle et thérapeutique de l'obésité doit tenir compte de ces facteurs.

**Figure 1** : Prévalence de l'obésité en France chez des adultes de plus de 18 ans ; courbe établie à partir des différentes enquêtes réalisées depuis 1980.



### I - Quand est-on obèse ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'obésité comme le développement excessif de la masse grasse de l'organisme entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Ce n'est donc plus le caractère inesthétique de l'augmentation de masse grasse qui doit être pris en compte, mais bien son impact sur l'état de santé des individus obèses. Habituellement, la masse grasse représente environ 10 à 15 % du poids corporel

chez l'homme et 15 à 25 % chez la femme. Ces pourcentages augmentent dans les deux sexes avec l'âge. Comme il n'y a pas, en pratique clinique, de méthodes fiables, facilement utilisables d'appréciation de la masse grasse, on a recours à une estimation indirecte de celle-ci basée sur la corpulence.

Les indicateurs cliniques, comme le poids idéal théorique (calculé par la formule de Lorentz) ou l'estimation du pourcentage d'adiposité par la mesure des plis cutanés, n'ont pas été validés par des études épidémiologiques. Les méthodes paracliniques d'évaluation de la composi-

tion corporelle précises telles que l'absorptiométrie biphotonique ou l'hydrodensitométrie n'ont pas encore leur place en pratique médicale courante. Aussi, l'indice communément utilisé sur le plan international est l'indice de masse corporelle (IMC), qui est le rapport du poids (exprimé en kilo) sur le carré de la taille (exprimée en mètres). Cet indice obtenu à partir de deux mesures simples est bien corrélé à l'importance de la masse grasse de l'organisme.

$$\text{IMC} = \text{Poids (kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (m)}$$

L'obésité est définie chez les sujets adultes des deux sexes par un IMC  $\geq$  à 30. En effet, à partir de cette valeur, d'une part, la masse grasse est supérieure à 20 % du poids corporel chez presque tous les hommes et à 30 % chez les femmes, d'autre part les études épidémiologiques ont montré qu'il existait une augmentation significative de la morbi-mortalité.

**Pour un IMC compris entre 18,5 et 25**, le poids est considéré comme normal et n'a pas d'influence sur le risque de surmortalité ou de morbidité.

**Pour un IMC compris entre 25 et 30**, on parle de surpoids. Celui-ci peut majorer le risque de développement des maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, insuffisance coronarienne) et métaboliques (diabète de type 2, dyslipoprotéïnémies) ou favoriser l'aggravation d'autres pathologies (respiratoires). C'est dans cette zone de surpoids que la notion de répartition du tissu adipeux prend toute son importance.

**Pour un IMC compris entre 30 et 40**, les experts de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) ont proposé une classification de la corpulence en fonction du risque de mortalité et de co-morbidité associé à l'IMC (Tableau 1).

**Pour un IMC supérieur à 40**, l'obésité est dite massive ou morbide car les complications cardio-respiratoires sont inéluctables et le pronostic vital compromis à moyen et long terme.

Les risques de mortalité et de co-morbidités liés à l'obésité dépendent non seulement de l'importance de la

**Tableau 1 :** Classification des troubles pondéraux chez l'adulte en fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et des risques de co-morbidités.

	IMC	Risque de Co-morbidité
Maigreur	< 18,5	faible, mais autres problèmes cliniques associés
Normalité	18,5-24,9	Pas de risque particulier
Surpoids	25-29,9	Risque modérément augmenté
<b>Obésité</b>	<b><math>\geq</math> 30</b>	
Obésité classe I	30-34,9	Risque modéré
Obésité classe II	35-39,9	Risque sévère
Obésité classe III	$\geq$ 40	Risque très élevé

masse grasse par rapport aux autres composants de l'organisme, mais aussi de la localisation de cette hypertrophie du tissu adipeux. En effet, dans l'organisme humain, le tissu adipeux n'a pas une répartition homogène ; il existe en particulier un dimorphisme sexuel de cette répartition : les hommes accumulent préférentiellement les graisses dans la partie supérieure du corps, au niveau du tronc, les femmes dans la partie inférieure du corps, sur les hanches, les fesses et les cuisses.

L'augmentation du tissu adipeux abdominal, péri viscéral est considérée comme un facteur de risque métabolique et cardio-vasculaire indépendant de l'adiposité globale et de la corpulence. Cette augmentation de l'adiposité tronculaire, abdominale, ou péri viscérale, est évaluée :

- *Du point de vue clinique* par le rapport de la circonférence à la taille sur la circonférence aux hanches (rapport T/H). Les mesures sont effectuées à l'aide d'un centimètre souple, chez un sujet debout, les pieds joints, en veillant à ce que le centimètre soit dans un plan strictement horizontal. Le tour de taille est le plus petit dia-

mètre entre le bord inférieur des côtés et les crêtes iliaques ; ce niveau correspond le plus souvent à celui de l'ombilic. Le tour de hanches est mesuré au niveau des grands trochanters. Un rapport T/H  $>$  à 1 chez l'homme et à 0,85 chez la femme, est considéré comme pathologique ; il est le reflet d'une obésité dite « abdominale ou androïde » car elle ressemble à la répartition adipeuse masculine. Les données les plus récentes montrent que le simple tour de taille est mieux corrélé à la graisse abdominale profonde (péri viscérale) que le rapport T/H. Les valeurs seuils de 90 cm chez la femme et 100 cm chez l'homme définissent l'obésité abdominale car elles sont corrélées à une augmentation importante des facteurs de risques cardio-vasculaires et métaboliques (augmentation du cholestérol total, diminution du HDL cholestérol, augmentation de la pression artérielle).

*Du point de vue para clinique* par le seul examen précis disponible : la tomodensitométrie (scanner) abdominale. Une coupe est réalisée au niveau de L2 permettant de calculer les surfaces de la graisse interne péri viscérale et

de la graisse sous-cutanée. Plus récemment l'imagerie virtuelle (scanner 3D) s'est développée et permet une évaluation quantitative rapide de la graisse péri viscérale intra et rétro péritonéale des sujets obèses. Cependant, cette méthode est encore du domaine de la recherche clinique

Au total, le diagnostic de l'obésité repose sur la mesure du poids et de la taille permettant le calcul de l'IMC (> à 30 kg/m<sup>2</sup>), ces mesures doivent s'accompagner systématiquement de celle de la circonférence à la taille pour déterminer le degré d'adiposité abdominale.

## II. Comment devient-on obèse ?

L'obésité, dont l'histoire naturelle est faite d'alternance de phases dynamiques et statiques, se constitue à l'occasion d'un déséquilibre du bilan énergétique par sur-alimentation relative (soit par augmentation des apports alimentaires, soit par une réduction des dépenses). La durée de ces phases dynamiques, très variable d'un individu à l'autre, peut aller de quelques mois à plusieurs années.

A la phase dynamique fait suite une phase dite statique, d'équilibre pondéral, pendant lequel le bilan énergétique est de nouveau équilibré.

En l'absence de prise en charge, l'évolution spontanée de l'obésité se fait vers une aggravation progressive au fil des années. Pour que cette prise en charge soit adaptée, il convient de bien connaître les composants du bilan énergétique et les facteurs biologiques et comportementaux susceptibles de les moduler.

### II.1. Les composants du bilan énergétique

#### II.1.1. Les postes de dépense

La dépense énergétique totale quotidienne (DET) est de l'ordre de 25 à 30 kcal par kilo et par jour chez la femme et de 30 à 35 kcal / kg et / jour chez l'homme ; elle est composée de :

- **La dépense énergétique de repos (DER) :** liée au fonctionnement de la masse cellulaire active de l'organisme au repos et en situation d'éveil, elle représente environ 60 % de la DET. Elle dépend essentiellement de la masse maigre de l'organisme. Quand une obésité se développe, la prise de poids comporte schématiquement 80 % de masse grasse et 20 % de masse maigre. Les sujets obèses ont donc une masse maigre plus élevée que les sujets minces, et, contrairement aux idées reçues, une dépense énergétique de repos elle aussi plus grande. Ainsi une prise de poids de 20 kg, correspondant à une augmentation de masse maigre d'environ 5 kg (20 à 25%), élève la DER d'environ 180 kcal par jour. Il suffit donc d'augmenter de moins de 200 kcal ses apports alimentaires quotidiens pour maintenir à nouveau un poids stable majoré de 20 kg.

- **La thermogenèse induite par l'alimentation :** liée à l'ingestion, la digestion et la métabolisation des aliments ; elle comprend une part adaptative essentiellement liée à l'apport glucidique ; elle représente 10 % de la DET.

- **La dépense énergétique liée à l'activité physique :** dans les conditions de vie sédentaire occidentale elle représente 25 à 30 % de la DET.

#### II.1.2. Les apports

Les apports alimentaires constituent l'essentiel de l'autre composant du bilan énergétique. L'énergie apportée par l'alimentation est variable : elle dépend de la qualité des macro nutriments (glucides et protides 4 kcal par gramme, lipides 9 kcal par gramme) et des quantités absorbées. L'éthanol (qui n'est pas un macro nutriment) apporte 7 kcal par gramme. Les lipides ont donc la densité énergétique la plus élevée.

Plusieurs types de facteurs régissent les composants de ce bilan énergétique, génétiques ou comportementaux.

### II.2. Déterminants biologiques et comportementaux de l'obésité

#### II.2.1. Facteurs génétiques

Bouchard et son équipe (2), à partir d'une cinquantaine d'études sur des familles de jumeaux concordants ou non pour l'obésité, ont démontré que des facteurs génétiques contribuaient pour 30 à 40 % des variations pondérales et de masse grasse de ces sujets. On a aussi observé qu'il existait une augmentation du risque d'obésité chez les enfants dont les parents étaient obèses (3). L'influence est différente selon les parents : l'IMC de la mère est plus déterminant sur l'IMC de l'enfant, celui du père sur la répartition de la masse adipeuse (5). Cependant, si ces dernières années plus de 400 gènes, marqueurs ou régions chromosomiques ont été considérés comme reliés à l'obésité (5), peu d'atteintes monogéniques (6,7) ont été identifiées (moins de 150 individus). En dehors de ces cas exceptionnels, l'obésité apparaît donc comme une situation génétique complexe, prédisposant des individus à la prise pondérale, pour peu que des modifications de comportement ou d'environnement surviennent.

#### II.2.2. Facteurs environnementaux précoces

Pendant la vie fœtale il a été montré qu'un hyperinsulinisme, chez des enfants dont la mère avait eu un diabète gestationnel (8) ou dont le poids de naissance était élevé (9), pouvait être responsable d'une obésité à l'âge adulte. Inversement, une malnutrition fœtale pendant les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> parties de la gestation, serait susceptible de modifier l'expression des gènes par un processus d'épigénétique et conduirait à un phénotype d'épargne responsable à l'âge

adulte d'un syndrome métabolique (10). L'alimentation dans la période néonatale semble impliquée dans l'évolution ultérieure du poids, avec un effet protecteur de l'allaitement maternel sur l'obésité de l'enfant (11, 12). Le poids pendant l'enfance et l'évolution pondérale semblent être prédictifs du poids à l'âge adulte :

- L'IMC à 6 ans apparaît prédictif de l'IMC à 20 ans.
- Après un point bas entre 4 et 7 ans, il y a un rebond adipocytaire (13) ; la précocité de ce rebond serait associée à un risque accru d'obésité.

Pendant l'enfance il existe donc un profil à risque, associant un poids de naissance aux extrêmes, l'absence d'allaitement maternel, une évolution défavorable de l'IMC et enfin une obésité des parents.

### II.2.3. Facteurs alimentaires

L'apport alimentaire est un élément fondamental dans la

constitution de l'obésité, car, indépendamment de la prédisposition génétique éventuelle, on ne grossit que si on a, de façon durable, un déséquilibre énergétique. Or, si l'alimentation doit répondre aux besoins énergétiques d'un individu, elle implique aussi les aspects sociaux, culturels et émotionnels de la vie quotidienne : la nourriture est, pour beaucoup de personnes, un élément important du bien être et une façon de se faire plaisir face aux agressions psychologiques. La nature des aliments ingérés, leur quantité et leur mode de consommation sont autant d'éléments à prendre en considération.

De nombreuses données épidémiologiques indiquent qu'une alimentation riche en lipides favorise le développement de l'obésité et une des recommandations du PNNS est la diminution de la consommation d'aliments riches en graisse pour qu'ils ne couvrent que 30 à 35 % des calories journalières. Pourtant, le « *National Insti-*

**Tableau 2** : Effets des macro nutriments sur le comportement alimentaire.

	Protéines	Glucides	Lipides
Rassasiement	+++	++	0
Suppression de la faim	+++	+++	0
Contribution aux apports énergétiques quotidiens de l'organisme	+	++	+++
Densité énergétique	+	+	+++
Capacité de stockage	±	+	+++
Voies métaboliques permettant le transfert vers un autre compartiment	+	+	+
Autorégulation (capacité de l'excès ingéré à stimuler sa propre oxydation)	+++	++	0

*tute of Health (NIH)*»(14) attire l'attention sur le fait que la seule diminution des graisses, sans réduction du niveau calorique, ne permet pas de faire maigrir les personnes en surpoids. Comme les individus adaptent en général plus leurs ingestats sur le volume alimentaire que sur l'apport calorique on peut concevoir les difficultés rencontrées pour faire respecter ces recommandations. La quantité d'aliments absorbés dépend en effet de leur palatabilité correspondant à leurs qualités sensorielles plaisantes dont les plus importantes (goût, odeur) sont supportées par les lipides, macro nutriments (tableau 2) qui ont la densité énergétique la plus élevée, le pouvoir satiétogène le plus bas et la capacité de stockage la plus élevée. Le goût sucré participe lui aussi aux qualités hédoniques des aliments, surtout s'il est associé aux graisses ; le problème, avec les glucides, est qu'ils sont apportés par des aliments à index glycémique élevé, entraînant quelques heures après leur ingestion, un fort sentiment de faim qui peut favoriser le grignotage. De l'ensemble de ces données, on peut retenir le rôle prépondérant des graisses alimentaires dans la physiopathologie de l'obésité. Actuellement, on considère qu'une alimentation modérément hypocalorique, hypo-

lipidique, hyperglucidique, est la mieux à même d'induire une réduction pondérale, et surtout, de favoriser le maintien du poids sur le long terme.

### II.2.4. Facteurs influençant la dépense énergétique

**L'activité physique** est un des éléments essentiels de la régulation du bilan énergétique et du contrôle pondéral. Les études transversales montrent souvent une relation inverse entre le degré d'activité physique et le degré d'obésité, semblant indiquer que les sujets obèses sont moins actifs que les sujets minces. Ceci ne signifie pas obligatoirement une relation de cause à effet. Les sujets obèses peuvent être moins actifs, à cause du handicap fonctionnel constitué par l'obésité. Par contre, à l'échelon de la population générale et non obèse, les études prospectives montrent que les indicateurs du niveau d'activité physique, soit directs (comme le temps de loisirs consacré à une activité physique), soit indirects (comme le temps de loisirs consacré à une occupation passive (télévision) ou comme le type d'activité professionnelle) sont des éléments prédictifs de l'évolution pondérale de la population. La diminution de l'activité physique liée aux changements sociaux ou aux modifi-

cations des activités professionnelles, et l'augmentation de la sédentarité (télévision, temps passé en voiture ou dans les transports en commun) jouent un rôle essentiel dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans la population générale.

La dépense énergétique liée à l'activité physique, dans les conditions de vie habituelles de nos sociétés industrialisées, constitue 20 à 30 % de la dépense énergétique quotidienne. Elle reste cependant modulable, contrairement aux autres composantes de la dépense énergétique (DER et thermogénèse alimentaire). L'augmentation de la dépense énergétique débute en même temps que l'exercice. L'importance de cette dépense est fonction des caractéristiques de l'exercice (type d'exercice musculaire, durée, intensité, fréquence) et des caractéristiques du sujet (corpulence, aptitude physique, niveau d'entraînement). Outre l'augmentation de la dépense énergétique liée à l'exercice lui-même, la pratique régulière de l'exercice physique peut augmenter le métabolisme de repos, grâce, en particulier, au développement de la masse musculaire.

Inversement, certains troubles du **comportement alimentaire** sont susceptibles d'affecter la DER ; en effet, le désir de minceur peut induire la pratique de régimes itératifs, notamment à l'approche de l'été ; ces régimes restrictifs à l'excès et déséquilibrés, entraînent une perte de poids trop rapide, faite plus au détriment de la masse maigre que du tissu adipeux, avec comme conséquence, une diminution de la DER.

Par ailleurs, la faim est supprimée par les exercices intenses et par les exercices modérés mais de longue durée. Cet effet de l'exercice sur la satiété s'évalue par le délai augmenté entre deux prises alimentaires et non par la quantité consommée à la prise alimentaire qui suit l'exercice.

### **II. 2.5 Facteurs psychologiques et sociaux**

Les facteurs psychologiques influencent le comportement alimentaire : l'anxiété et un état dépressif peuvent conduire à des compulsions alimentaires.

L'environnement nutritionnel familial et social a évolué : production intensive d'aliments, chaînes de restauration nombreuses ayant augmenté petit à petit la taille des portions, distribution facilitée ; il convient désormais de s'adapter à la pléthore, alors que l'organisme humain est programmé pour résister aux carences.

L'urbanisation et l'évolution de nos modes de vie contribuent enfin à la réduction des dépenses énergétiques : évolution du chauffage, des moyens de transports, des loisirs enfin plus orientés vers des activités passives, télévision entre autre, que vers des activités physiques.

## **III. Que risque-t-on quand on est obèse ?**

### **III.1. Mortalité et morbidité associées à l'obésité**

La relation entre la mortalité et l'IMC suit une courbe en J. Les taux de mortalité les plus bas sont associés à un IMC compris entre 18 et 25 kg/m<sup>2</sup>. Au delà la mortalité augmente et, à partir d'un IMC > 30, le risque relatif de mortalité précoce double, pour augmenter ensuite de façon exponentielle. L'obésité est un facteur indépendant associé à une mortalité précoce. Cependant, la relation entre l'obésité et la mortalité est largement influencée par des maladies associées, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, pathologies dont on sait qu'elles sont aggravées par l'augmentation de l'adiposité.

### **III.2. Complications de l'obésité**

La gravité de l'obésité résulte de la présence de co-morbidités, maladies associées à l'excès pondéral qui en augmente la prévalence et en aggrave l'évolutivité. Il s'agit donc de véritables complications en rapport avec l'augmentation excessive de la masse grasse.

#### **III.2.1 Complications cardio-vasculaires**

La prévalence de l'hypertension artérielle est trois fois plus élevée chez les sujets obèses que chez les sujets minces. Les pressions artérielles systoliques et diastoliques qui doivent être mesurées avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient augmentent de façon linéaire avec la corpulence des sujets. Cette relation est plus importante avant l'âge de 45 ans.

L'insuffisance cardiaque est aussi plus fréquente chez les sujets obèses que chez les individus de poids normal. Il s'agit, soit d'une insuffisance cardiaque ventriculaire gauche secondaire à l'hypertension artérielle ou à une insuffisance coronarienne, soit d'une conséquence de lésions spécifiques à l'obésité : l'hypertrophie du tissu adipeux s'accompagne d'une augmentation de la volémie, source d'une hypertrophie ventriculaire gauche par dilatation de la cavité ventriculaire. Le plus souvent l'insuffisance cardiaque est d'origine mixte, à la fois hémodynamique (concentrique par HTA, excentrique par augmentation de la volémie), ischémique par insuffisance coronarienne. A ces complications gauches, s'associent les anomalies du cœur droit, en rapport avec les complications respiratoires et, éventuellement la pathologie thrombo-embolique.

#### **III.2.2. Complications respiratoires**

Les complications respiratoires de l'obésité ont été jusqu'à une époque récente largement sous-estimées ; or, elles mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel des malades. Ces complications sont multiples :

- **L'Insuffisance respiratoire restrictive** avec hypoventilation alvéolaire avec une dyspnée d'effort est par-

ticulièrement fréquente chez les sujets obèses. Elle est en rapport avec des altérations de la compliance thoracique, directement proportionnelle à l'excès pondéral. L'hypoventilation alvéolaire qui en résulte (avec hypoxie et hypercapnie) limite les capacités de mobilisation des sujets, aggrave la sédentarité et compromet ainsi le maintien du poids à long terme.

- **Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS)** bien que non spécifique de l'obésité a une fréquence augmentée : dix fois plus élevée notamment dans l'obésité massive que chez les sujets non obèses. Le SAS met en jeu le pronostic vital car il favorise la mort subite, les troubles du rythme cardiaque et à long terme l'hypertension artérielle systémique. Il doit être systématiquement recherché si l'obésité est massive (IMC > à 40), et, quand le BMI est < à 40, si une HTA répond mal à un traitement médicamenteux simple.
- **Les embolies pulmonaires** et leur conséquence cardiaque (cœur pulmonaire chronique) sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets obèses en raison de l'incidence accrue de la maladie thrombo-embolique veineuse.
- **L'hypertension artérielle pulmonaire** est fréquemment observée et favorisée par certains médicaments.

### III.2.3. Complications métaboliques

- **Le diabète de type 2** a une prévalence élevée chez les obèses (trois fois supérieure à celle des sujets minces). La durée et l'importance de l'obésité, le degré d'adiposité abdominale, le gain de poids à l'âge adulte, ainsi que les antécédents familiaux de diabète sont considérés comme autant de facteurs de risque de développement de diabète de type 2. La résistance à l'insuline explique la contribution de l'obésité à la genèse du diabète de type 2. Cette résistance existe dans la grande majorité des cas d'obésité constituée, elle augmente avec l'augmentation de la masse grasse, elle est plus marquée en cas d'obésité abdominale
- **Les dyslipoprotéïnémies** sont cinq fois plus fréquentes dans l'obésité que dans la population générale. Il s'agit d'hypertriglycéridémies ou d'hyperlipidémies mixtes. Les dyslipidémies primaires ou familiales seront aggravées ou majorées.
- **Le syndrome plurimétabolique** associe à des degrés variables une insulino-résistance, une intolérance au glucose ou un diabète de type 2, une hypertriglycéridémie, une diminution du HDL cholestérol et la présence de LDL de petite taille très athérogène (LDL dense, riche en apoB), une augmentation de la pression artérielle diastolique, ainsi qu'une diminution de l'activité du système fibrinolytique. Il est caractéristique de l'obésité viscérale.

Ces complications métaboliques sont particulièrement sensibles à la diététique : la réduction des apports énergétiques, en particulier lipidiques, améliore l'équilibre

glycémique et le profil lipoprotéique avant même toute réduction significative du poids.

### III.2.4. Complications rhumatologiques

Ces complications ostéo-articulaires sont dominées par la gonarthrose, fréquente et évolutive, la coxarthrose et les lombalgies. Elles constituent la principale cause d'altération de la qualité de vie pour les patients. Il faut souligner que si l'obésité aggrave ces complications articulaires par les contraintes mécaniques qu'elle impose, celles-ci en retour aggravent l'obésité en limitant la mobilité des patients et leur possibilité d'activité physique essentielle au contrôle pondéral à long terme. La perte de poids a un effet bénéfique net sur la symptomatologie douloureuse.

Les sujets obèses sont souvent récusés par les équipes chirurgicales lors d'indication de prothèse de genou ou de hanche, en raison du risque opératoire. Or on connaît le rôle de la sédentarité dans l'aggravation de l'obésité. Il est donc nécessaire d'évaluer correctement ces patients et de proposer une stratégie thérapeutique pouvant passer par un amaigrissement préalable, suivi d'une intervention chirurgicale et d'une rééducation spécifique permettant d'améliorer la mobilité.

La goutte est plus fréquente chez les sujets obèses. L'amaigrissement favorise l'hyperuricémie et peut déclencher des crises de goutte chez les sujets prédisposés s'il est rapide et massif. Le traitement de toute hyperuricémie s'impose avant amaigrissement.

### III.2.5. Complications digestives

Le reflux gastro-oesophagien est particulièrement fréquent. Sa symptomatologie douloureuse peut interférer avec le comportement alimentaire. Il doit donc être recherché et traité parallèlement à la prise en charge de l'obésité.

Une stéatose hépatique, fréquemment notée, est constante en cas d'obésité viscérale et d'obésité massive.

Les lithiases vésiculaires elles aussi fréquentes chez les sujets obèses sont, comme pour la goutte, favorisées par un amaigrissement massif et rapide. La présence d'une lithiase vésiculaire contre-indique les interventions diététiques intensives.

### III.2.6. Complications endocriniennes

Le tissu adipeux peut être assimilé à une glande endocrine productrice de stéroïdes sexuels, en particulier des oestrogènes, par conversion d'androgènes. Une hyperoestrogénie relative accompagne toujours l'obésité chez la femme, et explique en grande partie le risque accru de cancer du sein et de cancer de l'endomètre dans cette pathologie. Cette hyperoestrogénie doit être intégrée en cas de traitement de la ménopause ; en effet, d'une part le risque d'un surdosage oestrogénique à par-

tir de posologie conventionnelle n'est pas négligeable, et d'autre part, un traitement de substitution n'est pas toujours indiqué : une hyperoestrogénie semble être un facteur protecteur de l'ostéoporose post-ménopausique. Hypofertilité par dysovulation ou anovulation, résistances aux traitements inducteurs de l'ovulation, sont particulièrement fréquentes chez les femmes obèses. Un amaigrissement préalable améliore la fécondité et les résultats des différents traitements de la stérilité. Chez l'homme, en cas d'obésité massive, il existe un hypogonadisme, ceci est encore plus net lorsque l'obésité s'accompagne d'un syndrome d'apnée du sommeil.

### III.2.7. Complications cancérologiques

L'obésité s'accompagne d'une augmentation de la mortalité par cancer, chez la femme et chez l'homme. Cette augmentation de la mortalité est liée à une augmentation de la fréquence des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et du sein après la ménopause chez la femme, d'une augmentation du cancer colo-rectal et du cancer de la prostate chez l'homme.

### III.2.8. Complications opératoires et obstétricales

A cause de l'ensemble de ces complications somatiques décrites ci-dessus, l'obésité s'accompagne d'un risque péri-opératoire et anesthésique particulièrement élevé. La mortalité péri-opératoire est essentiellement due aux complications d'ordre thrombo-embolique et aux complications respiratoires.

De la même façon, l'obésité s'accompagne de risques obstétricaux : l'hypertension gravidique et le diabète gestationnel sont plus fréquents en cas d'obésité. Les conséquences de l'obésité maternelle sur l'enfant sont encore mal évaluées, mais les données récentes suggèrent un retentissement.

### III.2.9. Complications psychosociales

L'obésité est pour le patient la source de complications psychologiques et sociales importantes. La difficulté à se mouvoir, les douleurs secondaires aux complications rhumatologiques, la dyspnée, entraînent une gêne fonctionnelle quotidienne.

Les régimes auto-administrés, les alternances de phases de restriction sévère et de récupération pondérale facilitent l'émergence de troubles du comportement alimentaire. Les multiples échecs ou les résultats pondéraux jugés insuffisants sont la source d'une mésestime de soi, et d'un sentiment dépressif, souvent masqué. Globalement, l'obésité altère la qualité de vie.

Sur le plan social, l'obésité est source de rejet des autres, de discrimination à l'embauche. Ces aspects sociaux aggravent l'isolement et le retentissement psychologique.

## IV. Comment doit-on être pris en charge quand on est obèse ?

Le traitement de l'obésité ne se résume pas à la perte de poids ; il comporte aussi le contrôle pondéral à long terme et le traitement des complications. Pour atteindre ces objectifs, une évaluation de base est nécessaire et pour les réaliser, une coopération entre différents intervenants et le malade est indispensable. Ces acteurs auront à leur disposition des outils multiples dont ils devront ensemble choisir la place et trouver la bonne combinaison.

### IV.1. L'évaluation de départ

Cette évaluation retrace l'histoire pondérale, analyse le comportement alimentaire et le niveau d'activité physique, estime l'état de santé global, et le contexte psychosocial. Cet inventaire doit permettre de comprendre l'histoire individuelle du patient obèse, de dégager des objectifs thérapeutiques individualisés.

- L'histoire pondérale est reconstituée à partir d'un interrogatoire minutieux où les renseignements fournis par le patient doivent être analysés et, éventuellement, remis dans leur contexte réel. On précise ainsi :
- Une analyse des conduites alimentaires est effectuée aussi précisément que possible, grâce en particulier à une enquête établie par le patient sur plusieurs jours, sachant qu'il aura vraisemblablement sous-estimé ses apports caloriques. On recherche aussi dans ce domaine un trouble éventuel du comportement alimentaire.
- Une évaluation de la dépense énergétique de repos est faite.
- L'état de santé global est apprécié (importance et type d'obésité, recherche de complications éventuelles, aptitude à l'exercice physique...).

### IV.2. Les objectifs de la prise en charge

- **La perte de poids** constitue bien sûr l'objectif principal de la prise en charge de l'obésité. Cet amaigrissement n'est pas un but en soi mais une première étape, il doit être suivi par un contrôle pondéral après l'amaigrissement et, s'accompagner du traitement des complications éventuellement présentes. Si le retour à un poids « normal » est réclamé par les patients, cet objectif n'est pas adapté à l'immense majorité des patients obèses d'autant qu'il est parfaitement établi qu'une perte de poids de 5 à 10 % du poids initial améliorerait considérablement l'état clinique des patients (fonction respiratoire, tension artérielle...).
- **Le contrôle du poids** après cet amaigrissement initial constitue un objectif primordial en terme de santé et

d'amélioration du pronostic vital et fonctionnel. Pour certains sujets (essentiellement des femmes) présentant une obésité modérée prédominant à la partie inférieure du corps (gynoïde) ou l'excès de tissu adipeux ne constitue pas un risque vital, mais essentiellement une source de souffrance psychologique en raison du rejet social, la priorité doit être donnée à l'amélioration de la qualité de vie, à la lutte contre le rejet social, à la restauration de l'estime de soi.

- **Le traitement des complications** constitue aussi un objectif de la prise en charge médicalisée des patients obèses. Le fait que la plupart de ces complications puissent être améliorées par la réduction pondérale, même modérée, ne doit pas inciter à être attentiste, étant donné les difficultés à obtenir une réduction pondérale significative chez beaucoup de patients, et la difficulté de maintenir ce résultat à plus long terme.

### IV.3. Les acteurs de la prise en charge

#### IV.3.1. Les médecins

L'obésité, surtout dans sa phase de début, est trop souvent perçue comme un problème non médical par la majorité de la population. Ce sentiment est largement entretenu par les médias, une partie de l'industrie agro-alimentaire et diététique, et l'industrie cosmétologique. On doit pourtant, en raison de sa physiopathologie complexe, la multiplicité et la sévérité de ses complications, la considérer comme une maladie chronique au même titre que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle ou les dyslipidémies.

- **Le médecin de famille** : c'est à lui qu'il revient de faire le diagnostic initial par la mesure de l'IMC, du tour de taille, la reconstitution de l'histoire pondérale. Il doit détecter précocement les troubles du comportement alimentaire, les facteurs de risque associés. Le médecin de famille doit initier les conseils thérapeutiques concernant la diététique et l'activité physique. Ces conseils concernent la vie quotidienne des patients. Le médecin de famille est le mieux à même d'évaluer le contexte familial, professionnel, social, le milieu de vie, les conditions nécessaires à la faisabilité réelle des conseils alimentaires et d'activité physique. D'une manière générale, en deuxième intention, la prise en charge de l'obésité est multidisciplinaire. Le médecin de famille doit donc être là pour permettre de coordonner les différentes interventions. Enfin, il peut assurer le dépistage des sujets à risque et prodiguer des conseils dans toutes les circonstances individuelles à haut risque de prise de poids.

- **Les spécialistes en obésité** (Nutrition, Endocrinologie/Maladies Métaboliques, Médecine Interne) sont concernés en deuxième intention ou dans des cas bien

particuliers, étant donné la fréquence de l'obésité commune (8 % de la population adulte). Ils sont plus spécialement concernés par le traitement des complications, en particulier des conséquences métaboliques (diabète de type 2, hyperlipidémie...), par l'approche nutritionnelle et comportementale après échec éventuel des conseils initiaux, par les indications de traitements pharmacologiques ou chirurgicaux. Ils sont plus particulièrement concernés par les situations d'obésités complexes (multicompliquées, liée à des lésions cérébrales) ou massives.

#### IV.3.2. Les diététiciennes

Elles jouent un rôle essentiel, dans l'analyse fine, à la fois qualitative et quantitative des apports alimentaires. Leur compétence porte sur les aliments en général, les modes de préparation, les tables de composition alimentaire. Cette compétence prend toute sa valeur dans le conseil alimentaire (assurant un relais plus précis après le médecin), surtout dans la réalisation pratique et la faisabilité de ces conseils. Leur rôle est donc complémentaire de celui des médecins. Dans le système libéral, l'absence de reconnaissance de l'acte diététique (et de son remboursement) réduit leur participation à la prise en charge de l'obésité, conduit à des propositions de régime stéréotypés, dont la faisabilité à long terme (monotonie, palatabilité, coût) est discutable.

#### IV.3.3. Les psychologues

Très peu sont formés spécifiquement sur les troubles liés à l'obésité, devraient assurer une présence dans l'offre de soins générale ; ils offriraient ainsi une prise en charge comportementale précoce, sans laquelle le recours aux psychiatres est inéluctable lorsque les difficultés psychologiques, leur retentissement sévère sur le comportement alimentaire ou sur l'humeur (dépression), se sont aggravées.

#### IV.3.4. Les malades

Le sujet obèse est lui-même un acteur de la prise en charge. En effet, les deux outils thérapeutiques principaux (l'alimentation et l'activité physique), concernent sa vie quotidienne. Leur faisabilité est donc plus importante que leur perfection. Une intervention thérapeutique sur le mode de vie, est de plus forcément limitée. Des facteurs anthropologiques et culturels, sociologiques, économiques, interviennent sur lesquels le médecin a peu ou pas de prise. Les propositions thérapeutiques générales (réduction des apports caloriques et lipidiques, augmentation de l'activité physique) doivent donc être adaptées de façon individuelle en fonction des possibilités concrètes du patient. Les objectifs du traitement doivent être définis en accord avec lui. Pour les atteindre, sa coopération est indispensable. L'obésité



sance scrupuleuse aux prescriptions du médecin qui est la base des traitements médicamenteux à court terme des affections aiguës n'est pas ici de mise. La coopération n'est pas un problème de simple bonne volonté, mais de compréhension réelle, de négociation, de dialogue. L'effort du médecin est d'ordre pédagogique. Le médecin doit aider le patient à définir les objectifs progressifs, il doit s'assurer de leur réalisation pratique, et éventuellement remettre en cause ses propositions (discuter leur faisabilité), en cas d'échec.

#### IV.4. Les outils de la prise en charge

##### IV.4.1. La diététique

###### IV.4.1.1 Niveau calorique

La diminution des apports caloriques est adaptée aux apports antérieurs et aux besoins énergétiques du patient. Elle est toujours proposée en première intention, sauf si des troubles du comportement alimentaire sévères ou un retentissement psychosocial important justifient une approche comportementale ou psychologique.

- **Les régimes modérément hypocaloriques** individualisés consistent à diminuer les apports de 20 à 30 % par rapport à la dépense énergétique quotidienne de l'individu. L'individualisation de ces propositions diététique, le niveau calorique de ces régimes est toujours compatible avec la diversité alimentaire et la socialisation des repas. Une telle individualisation favorise l'observance au long cours.

- **Les régimes de bas niveau calorique** sont par définition inférieurs aux besoins énergétiques de repos (>800 <1200 calories). Ils ne sont donc pas compatibles avec une activité physique habituelle et ne peuvent être maintenus de façon durable. Ils ne peuvent être proposés que lorsqu'un amaigrissement rapide est nécessaire car le pronostic est menacé à moyen ou court terme (apnée du sommeil, hypertension artérielle ou diabète non contrôlé par les traitements usuels).

- **Les régimes dits à très basses calories** ou diète protéique apportent par définition moins de 800 calories par jour ; ils ne peuvent être réalisés qu'à l'aide de substituts protéiques associés à une supplémentation vitaminique et minérale conforme aux apports recommandés. La composition de ces produits est actuellement réglementée. La durée ne doit pas dépasser 4 à 6 semaines, sous peine d'effets secondaires graves (dénutrition protéique, retentissement psychologique, rebond pondéral). D'une manière générale, leur utilisation relève du spécialiste et doit toujours s'intégrer dans un programme thérapeutique à long terme dont il ne constitue qu'une brève étape.

##### IV.4.1.2. Rythme et composition des repas

La diminution des apports caloriques passe impérativement par une diminution des apports lipidiques limités à 30 % des apports énergétiques quotidiens, par réduction des aliments riches en lipides constitutifs et des graisses d'assaisonnement.

Les glucides doivent représenter 50 à 55 % des apports énergétiques quotidiens grâce à une augmentation de la consommation de glucides complexes (légumes secs, pommes de terre, dérivés des céréales...).

Le reste des apports énergétiques (à peu près 15 %) revient à l'apport protéique. Les besoins sont de l'ordre de 1 g/kg de poids idéal et par jour. En pratique, il est souhaitable de privilégier ces apports protéiques sous forme d'aliments contenant peu de graisses constitutives (préférer les viandes maigres aux viandes grasses, le poisson à la viande...).

Cette alimentation doit être régulièrement répartie dans la journée. La réalisation de trois repas principaux, variés, structurés est indispensable. Quand elle est obtenue, il peut être utile de fractionner l'alimentation en réalisant deux collations, une dans la matinée, une dans l'après-midi. Ce fractionnement favorise la réduction des prises alimentaires lors des repas principaux, s'il est pratiqué régulièrement pendant une durée suffisante.

##### IV.4.2. L'exercice physique

L'exercice physique contribue avec les apports alimentaires à la régulation du bilan énergétique et donc au contrôle pondéral.

L'exercice favorise la perte de poids en préservant la masse maigre et donc la dépense énergétique de repos. Il favorise l'oxydation des lipides à condition que l'alimentation ne soit pas hyper lipidique ; il a une grande efficacité sur le tissu adipeux tronculaire qu'il soit sous-cutané ou viscéral. De plus, il améliore le profil métabolique (glycémie, sensibilité à l'insuline, lipoprotéine) ainsi que l'adaptation cardio-vasculaire et le contrôle de la pression artérielle.

En matière d'activité physique appliquée à l'obésité, l'objectif n'est pas la performance mais la régularité de la pratique. Les conseils habituels préconisent des exercices réguliers suffisamment prolongés (> à 45 mn), d'intensité modérée facilitant comme nous l'avons vu la mobilisation et l'utilisation des acides gras. Les exercices privilégiés sont la marche rapide, le vélo. Le footing n'est à proposer qu'à des sujets jeunes, ayant une obésité modérée en raison de l'inadaptation cardio-respiratoire à l'exercice induite par l'excès de masse adipeuse. La natation se rapproche de ces pratiques, mais elle est souvent difficile à réaliser en raison de la durée

à accorder et de la disponibilité des installations. Les propositions doivent être donc comme pour la diététique particulièrement individualisées, tenant compte des capacités physiques du patient, de son emploi du temps, de ses motifs de déplacements en semaine et pendant le week-end.

#### **IV.4.3. Le soutien psychologique et comportemental**

La réalisation de thérapies cognitivo-comportementales nécessite des thérapeutes entraînés (psychologues ou psychiatres) et concerne souvent des thérapies de groupe nécessitant des structures adaptées. Elle consiste :

- à mettre en évidence les conduites alimentaires et les situations ou les cognitions à l'origine des prises alimentaires excessives. Dans ce domaine, la tenue d'un carnet alimentaire journalier peut être d'une grande aide,
- à utiliser les informations obtenues pour faire des propositions concrètes: réalisation de trois repas par jour au minimum, pris dans un environnement social et familial satisfaisant,
- à instituer progressivement une relation rationnelle par rapport à l'alimentation, en réintroduisant les aliments prohibés (diabolisés),
- à corriger les interprétations irrationnelles concernant les prises de certains aliments, l'évolution du poids, l'image corporelle.

Les troubles du comportement alimentaire sévères, rencontrés dans l'obésité, à type d'anarchie alimentaire, de compulsions, d'accès d'hyperphagie incontrôlée (Binge Eating Syndrome), doivent être évalués en fonction de l'alimentation générale et de sa régularité d'une part, des sentiments éprouvés par le patient (impulsivité, perte de contrôle, culpabilité). Ces troubles du comportement alimentaire sont plus fréquemment rencontrés chez les sujets obèses ayant fait de nombreuses démarches d'amaigrissement, souvent irrationnelles et non médicalisées, ou parfois médicalisées mais trop coercitives et non personnalisées.

Une prise en charge purement psychiatrique peut s'avérer indispensable en cas de dépression, d'anxiété trop importante. Souvent l'histoire psychologique est chargée et les conséquences des deuils, divorces, relations conflictuelles avec les parents ou les enfants, gênent la mise en application des consignes alimentaires et physiques simples. Leur prise en charge parallèlement à la démarche d'amaigrissement est une condition indispensable au maintien du contrôle pondéral à long terme.

#### **IV.4.4. Les médicaments**

##### **IV.4.4.1. Les règles**

Les idées et les pratiques médicales concernant le traitement médicamenteux de l'obésité ont considérable-

ment changé au cours des quinze dernières années et abouti aux recommandations suivantes :

- les médicaments de l'obésité sont utiles pour aider les patients à adhérer plus facilement aux mesures thérapeutiques de base (diététique, exercice physique, modifications comportementales),
- un médicament de l'obésité ne doit pas être utilisé comme seul traitement, mais toujours associé à ces mesures hygiéno-diététiques,
- le traitement médicamenteux ne constitue que l'un des moyens thérapeutiques dans une stratégie de prise en charge globale à long terme, individualisée,
- un traitement médicamenteux n'est justifié que dans le cadre d'indications médicales, ce qui exclut les sujets ne présentant pas d'excès pondéral notable et où les objectifs pondéraux à visée cosmétologique.

##### **IV.4.4.2. Les produits**

- Le **XENICAL (tetrahydrolipstatine)** est un inhibiteur puissant et sélectif des lipases pancréatiques, il diminue ainsi l'hydrolyse des triglycérides contenus dans l'alimentation et ralentit leur absorption intestinale. L'effet est dose-dépendant et paraît optimal à une posologie de 120 mg en 3 prises quotidiennes. L'association à un régime hypocalorique est obligatoire. Le produit majore les effets de celui-ci en réduisant la charge calorique de l'alimentation par perte d'une partie des lipides alimentaires dans le tube digestif (stéatorrhée). Les effets indésirables (perte fécales lipidiques, augmentation du nombre de selles) sont directement en rapport avec le mode d'action du médicament et sont en règle générale bien tolérés sous réserve que l'alimentation ne soit pas d'une richesse excessive en lipides.

- Le **SIBUTRAL (sibutramine)** est un agent sérotoninergique interférant avec le comportement alimentaire. Son effet anorexigène est au moins aussi puissant que les produits anciennement commercialisés. Sa tolérance et la pharmacovigilance, n'ont jusqu'à présent, pas montré d'effets indésirables graves.

- L'**ACOMPLIA (rimonabant)** est une médication des plus prometteuse ; il inhibe les récepteurs cannabinoïdes de type 1 ; le système endocannabinoïde joue un rôle important dans la régulation non seulement de l'appétit mais aussi dans celle des dépenses énergétiques ; il intervient aussi dans le métabolisme lipidique ; son mode d'action innovant, augmentation de la sécrétion d'adiponectine par les adipocytes, diminution de la sécrétion de TNF  $\alpha$  et d'interleukine 6, il diminuerait ainsi le risque cardiovasculaire et serait une médication de choix dans le syndrome polymétabolique et le diabétique obèse de type 2. Il sera commercialisé prochainement.

#### IV.4.5. La chirurgie

Nous ne développerons pas la chirurgie de l'obésité qui doit répondre à des règles très strictes et être réservée à une minorité d'obèses :

Ayant une obésité morbide (IMC>40)

Ayant subi de multiples échecs lors de prises en charges médicales (modification de l'hygiène de vie associée ou non à des prises médicamenteuses)

Ayant des problèmes de santé graves liés à leur obésité  
N'ayant ni trouble du comportement alimentaire de type compulsif, ni problèmes psychosociaux ou psychiatrique.

### V. Conclusion

L'obésité est une affection complexe, multifactorielle qui résulte d'un mode de vie qui favorise un bilan énergétique positif. L'augmentation de la densité énergétique de l'alimentation, liée à la teneur en lipides, la réduction de l'activité physique sont deux facteurs essentiels de ce déséquilibre. L'obésité se développe plus rapidement chez des individus prédisposés. Du fait des disparités génétiques, de l'exposition variable aux facteurs d'environnement favorisant, chaque individu obèse est unique et pose des problèmes différents. Contrôler l'évolution du poids est une démarche longue et difficile requérant souvent la mise en place d'un réseau de participants, réseau formel ou informel. L'alimentation, l'activité physique et, si nécessaire, les médicaments sont les outils de la prise en charge. Le médecin les utilise en concertation avec le patient obèse, non pas avec une méthode stéréotypée, mais par la recherche de solutions individuelles. L'obésité n'est pas qu'un problème de poids, le retentissement de l'excès de masse grasse sur les grandes fonctions de l'organisme altère le pronostic vital et la qualité de vie. Les bénéfices d'une perte de poids modérée et de son maintien sont maintenant démontrés. Pour les obtenir, le projet d'amaigrissement doit se transformer en projet de santé.

#### Bibliographie

**Bouchard C, Tremblay A.** Genetic influences on the response of body fat and fat distribution to positive and negative energy balance in human identical twins. *J Nutr* 1997; 127:94S-947S.

**Bouchard C, Perusse L, Rice T, Rao DC.** Genetics of human obesity. In : Handbook of Obesity Bray GA, Bouchard C (eds). 2<sup>nd</sup> ed, Marcel Dekker, New York, 2003.

**Margarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA.** Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 4:505-513.

**Heude B, Kettaneh A, Rakotovo R, Bresson JL, Borys JM.** Anthropometric relationships between parents and children throughout childhood: the Fleurbaix-Laventie Ville Sante Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2005; 29:

**Snyder EE, Walts B, Perusse L, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Rankinen T.** The human obesity map: the 2003 update. *Obes Res* 2004; 3:369-439.

**Clement K, Vaisse C, Lahlou N, Cabrol S, Pelloux V.** A mutation in the human leptin receptor gene causes obesity and pituitary dysfunction. *Nature* 1998; 6674:398-401.

**O'Rahilly S, Farooqi IS, Yeo GS, Challis BG.** Mini review: human obesity lessons from monogenic disorders. *Endocrinology* 2003; 9:3757-3764.

**Silverman BL, Rizzo TA, Cho NH, Metzger BE.** Long-term effects of intra uterine environment. The Northwestern University Diabetes in Pregnancy Center. *Diabetes Care* 1998; 21: B142-149.

**Whitaker RC.** Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics* 2004; 114: e29-36.

**Gallou-Kabani C, Junien C.** Nutritional epigenomics of metabolic syndrome: new perspective against the epidemic. *Diabetes* 2005; 7:1899-1906.

**Kramer MS.** Do breast feeding and delayed introduction of solid food protect against subsequent obesity? *J Pediatr* 1981; 98: 883-887.

**Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R.** Breast feeding and childhood obesity- a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 10:1247-1256.

**Rolland Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempe M, Guilloud Bataille M, Patois E.** Adiposity rebound in children : a simple indicator of predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984; 1:129-135.

**NIH Clinical Guidelines on Obesity.** *Obes Res* 1998; 6:251S-259S.

# POIDS, TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET FONCTION OVARIENNE

Pr Jean-Pierre LOUVET\*, Dr Antoine BENNET\*

\* Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition  
CHU de Rangueil-Toulouse

L'effet du poids et de la nutrition sur du cycle menstruel est connu de longue date. De nombreux modèles animaux ont confirmé l'influence de l'état nutritionnel sur la sécrétion des gonadotrophines. C'est la raison pour laquelle un poids trop bas ou une alimentation trop restrictive peuvent altérer le cycle. Ils ont en effet des conséquences non négligeables sur le fonctionnement de l'axe hypophysio-gonadique de la femme. Or les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont de plus en plus fréquents dans la population (1). A côté des TCA caractérisés, anorexie mentale ou boulimie, la pression de la mode « minceur » a eu pour conséquence l'apparition de comportements alimentaires restrictifs, indépendants de toute pathologie psychiatrique précise. Le retentissement pondéral de ces comportements anormaux est variable, tantôt obésité ou maigreur, mais tantôt sans modification du poids, du fait de comportements « compensatoires ». Ces troubles, par ailleurs, s'accompagnent peut-être de troubles du cycle menstruel, même en l'absence de retentissement pondéral.

## I . L'excès de poids

L'excès de poids est fréquemment associé à une spanioménorrhée ou à une aménorrhée. On peut alors observer des anomalies attribuées au syndrome des ovaires micro polykystiques (SMOPK) : augmentation des taux de lutropine (LH), de testostérone (T) et du rapport Testostérone/Sex Hormone Binding Globulin (T/SHBG). L'excès de poids joue un rôle « per se » dans l'hyperandrogénie : le rapport T/SHBG, le taux de DHA-sulfate et l'hyperinsulinisme sont corrélés positivement au pourcentage de masse grasse abdominale. Nous avons observé (2) en comparant 2 groupes d'obèses (les uns normalement réglés, les autres spanioménorrhéiques) que seules ces anomalies hormonales généraient les troubles du cycle. Il n'y avait semble-t-il aucun rôle, chez ces patientes, attribuable aux seuls troubles du comportement alimentaire, notamment compulsifs. Ce travail a démontré en outre que le taux de testostérone plasmatique diminuait avec l'âge chez la femme. Un régime hypocalorique et des traitements de l'insulinorésistance (metformine, thiazolidine diones) permettent d'obtenir une amélioration des cycles ovulatoires et

hormonaux. La correction des troubles métaboliques associés, dyslipoprotéïnémie et insulino-résistance, réduit aussi le risque cardiovasculaire ici augmenté.

## II. L'insuffisance pondérale

### II.1. Insuffisance de poids sans TCA

L'insuffisance pondérale en elle même ne peut pas expliquer des troubles des règles. Certes, Frisch et McArthur (3) ont les premiers évoqué la nécessité d'un pourcentage idéal de masse grasse dans la composition corporelle des femmes pour que leurs cycles soient présents (17% pour l'apparition des premiers cycles, 22 % pour les rétablir après une aménorrhée). Mais, il faut se rappeler qu'en cas de maigreur constitutionnelle, les cycles menstruels sont conservés. En revanche, s'il y a déficit de la balance énergétique, en particulier en cas de TCA, des perturbations du cycle sont la règle. La réduction de la masse grasse aurait pour effet de rendre l'axe hypophysio-ovarien plus sensible aux perturbations dues au déficit énergétique.

### II.2. Insuffisance de poids avec TCA

**Les troubles du comportement alimentaires restrictifs**, avec ou sans boulimie, génèrent une aménorrhée, surtout dans l'anorexie mentale aggravée de dénutrition. On y retrouve des anomalies caractéristiques : LH basse associée à une SHBG élevée, « basse T3 » sans anomalie de la TSH, produisant un tableau de pseudo-hypothyroïdie (teint jaunâtre, bradycardie, hypercholestérolémie paradoxale..). L'aménorrhée, obligatoirement retrouvée en l'absence de prise de pilule (96 % des cas) a des conséquences métaboliques et osseuses majeures. La correction la plus précoce possible du TCA est indispensable. En effet, la normalisation de l'index de masse corporel et des apports alimentaires ne suffisent pas toujours à rétablir une densité minérale osseuse normale, lorsque la perte osseuse a été longue et importante. Et ce, même si un apport vitamino-calcique et un traitement hormonal substitutif adaptés ont été prescrits pendant la période de maladie.

**En cas de boulimie à poids presque normal**, les troubles du cycle sont présents, mais d'expression clinique variable (phase lutéale inadéquate, spanioménorrhée, aménorrhée hypothalamique, pseudo SMOPK...) dans le temps. Ils ne disparaissent pas toujours en cas de normalisation du poids : il faut aussi que cessent les troubles du comportement alimentaire (4).

### III - Désir de minceur malgré un poids normal

La « mode minceur » constitue actuellement, surtout chez l'adolescente, une cause mal connue de troubles du cycle menstruel : aménorrhée, spanioménorrhée, phase lutéale courte. L'aménorrhée est liée à une atteinte hypothalamique fonctionnelle (5) en rapport avec la réduction du tissu adipeux (masse grasse) et des apports énergétiques et lipidiques, même s'il n'y a aucun critère d'anorexie mentale. Dans une population de 61 patientes spanioménorrhéiques sans critère de TCA (6), 14 signalaient avoir essayé de perdre du poids de façon répétée et sur les 35 de ces patients qui avaient accepté de participer à une enquête alimentaire, les apports caloriques étaient estimés à moins de 1800 kcal/jour dans 13 cas (37 %). Les caractéristiques hormonales de ces patientes sont une instabilité de la LH et des taux de testostérone bas.

**Cas particuliers :** Les troubles du cycle menstruel des sportives (7) peuvent être considérés comme un cas particulier d'insuffisance de la balance énergétique : apports énergétiques trop faibles, par rapport à l'activité physique effectuée (dépenses majorées et mal compensées). Les végétariennes, à apports caloriques identiques, ont des troubles du cycle menstruel plus fréquents que les non végétariennes, mais, plus en cas d'absence de restriction calorique (8).

**Les mécanismes des liens entre nutrition et fonction gonadique** sont loin d'être expliqués (5,9). On a évoqué notamment le rôle de la leptine, une implication de l'axe CRH-ACTH, des modifications du rapport IGF1/IGFBP1 (5).

### Conclusion

Des troubles du comportement alimentaire et des comportements de restriction alimentaire sont des causes indiscutables de troubles du cycle menstruel. Compte tenu de leurs conséquences à long terme, osseuses et cardiovasculaires, il est nécessaire, en cas d'anomalie du cycle « inexplicable », d'interroger la patiente sur son alimentation et de rechercher un TCA. Il faut enfin l'informer, surtout si son poids est bas, de l'intérêt d'apports en énergie, calcium et vitamine D réguliers et suffisants.

### Références

1. Selzer R., Caust J., Hibbert M., Patton J. J. *Adolesc. Health.* 1996; 19 : 56-61.
2. Lethuiller Rouby C., Bennet A. Louvet JP (résultats personnels).
3. Frisch RE., McArthur JW. Menstrual cycles: fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. *Science* 1974; 185: 979-951.
4. Allouch J., Bennet A., Barbe P., Plantavid M., Caron P. Louvet JP. LH pulsatility and in vitro bioactivity in women with anorexia nervosa related hypothalamic amenorrhea. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1991; 125: 614-620.
5. Laughlin GA., Dominguez CE., Yen SSC. Nutritional and endocrine metabolic aberrations in women with functional hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 25-32.
6. Dumoulin S., De Glisezinski I., Saint Martin F., Bennet A., JP Louvet. Hormonal changes related to eating behavior in oligomenorrheic women. *Eur J Endocrinol* 1996; 135: 328-334.
7. Buvat J., Buvat-Herbaut M. Perturbations de l'ovulation des sportives et leurs mécanismes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1991 ; 20 : 899-907.
8. Barr SI; Vegetarism and menstrual cycle disturbances: is there an association? ; *Am J Clin Nutr* 1999; 70(suppl): 549-554.
9. Bringer J., Lefebvre P., Renard F., Boulet F., Clouet S., Jaffiol C. Deficiency of energy balance and ovulatory disorders. *Hum Reprod* 1997 ; 12(suppl.) : 97-109.

### Caroline, Marion, Julia et les autres ...

**Dr Anne Marie SALANDINI**  
Neuro-Endocrinologue - Toulouse

Elles ont entre 14 et 22 ans, elles donnent toute satisfaction à leurs parents, bonnes élèves appliquées, souvent discrètes et effacées ; tout à coup, sans raison évidente elles entament une perte de poids alors que leur vie paraissait tout à fait tranquille.

Au début, il s'agit de faire un « petit régime » pour venir à bout de quelques rondeurs réelles ou hypothétiques. Quelle satisfaction de maîtriser son poids, quel bonheur d'être félicitée pour un régime aussi réussi. Mais un jour, on perd le contrôle et le poids dégringole dangereusement.

« Ce n'est rien » disent-elles « je vais bien » ; d'ailleurs, à les voir aussi actives, elles ne peuvent qu'aller bien. Pourquoi elle ? Pourquoi nous ? disent les parents inquiets et impuissants.

Qu'est ce qui fausse ainsi le jugement ? Pourquoi une telle peur fondamentale de grossir ? Elles pensent que c'est un choix mais c'est une contrainte, une idée fixe, une lutte active.

Pourquoi un tel déni ? une telle violence ? Et l'incompréhension de la famille et de certains soignants.

Elles nous manipulent dit l'infirmière. Non, elles sont en souffrance, la chrysalide n'arrive pas à être papillon. La transformation fait mal, mais elles n'ont pas les mots pour le dire et c'est le corps qui parle. Il faut quitter le cocon et ça fait peur.

Dehors, c'est l'inconnu, l'insécurité. Dedans, c'est confortable mais plus on se rapproche des parents, plus on se fait mal.

Déchirement, tyrannie, destruction, fascination dans la souffrance. Certaines iront jusqu'à la mort sans l'avoir souhaitée, prises au piège qu'elles ont elle-même tissé.

## LA GASTROPLASTIE : exemple d'une chirurgie bariatrique et d'un réseau

**Dr Florence BRANET-HARTMANN,**  
**Dr Christine ROUBY, Dr Anne Marie SALANDINI**  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques, clinique Pasteur - Toulouse  
**Dr Jacques Henri ROQUES**  
Chirurgie générale et digestive, clinique Pasteur - Toulouse  
**et toute l'équipe médicale et para-médicale**

### *Introduction*

C'est dans les années 1960 aux Etats Unis qu'ont eu lieu les premières interventions de chirurgie bariatrique. Les courts circuits jéjuno-duodénaux réalisés à ce moment là entraînaient des malabsorptions graves, ils ont été abandonnés. Depuis des techniques restrictives type gastroplastie verticale calibrée ont été mises au point, puis une intervention mixte restrictive et malabsorptive le by-pass gastrique.

En Europe le développement de la chirurgie bariatrique a été différent. Le principe d'un cerclage périphérique gastrique apparaît dans les années 1985. Il s'agit d'une technique restrictive qui permet de réduire le volume de l'estomac et qui a comme avantage d'être réversible. Les médecins de la Clinique Pasteur à Toulouse ont constitué un réseau permettant une prise en charge optimale des patients relevant de ce type d'intervention.

### *Les critères de la Gastroplastie*

La gastroplastie s'adresse aux personnes présentant une obésité pathologique. La définition de l'obésité s'obtient en calculant l'index de masse corporelle (IMC) qui est le rapport du poids en kilos sur la taille en mètre au carré.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille (en mètre)}^2}$$

Un IMC à 40 confirme le diagnostic d'obésité morbide (à risque). Dans certains cas, la gastroplastie peut être proposée pour un indice entre 35 et 40 (obésité de grade 2) s'il existe des comorbidités associées.

Pour la gastroplastie, cet index de masse corporelle doit être supérieur à 40 ou être supérieur ou égal à 35 à condition que l'obésité entraîne des complications qui aggravent le pronostic type syndrome d'apnées du sommeil ou d'ordre métaboliques (mettant en jeu le pronostic vital). Ces complications sont donc d'ordre cardiovasculaires (HTA), métaboliques (diabète, hypercholestérolémie...), respiratoires, rhumatologiques, psychosociales (sentiment d'être différent, sentiment d'être mal dans sa peau...).

Pour pouvoir bénéficier d'une gastroplastie, il faut au préalable éliminer certaines contre-indications d'ordre endocriniennes, psychologiques, cardio-respiratoires... Il faut perdre un peu de poids et être prêt sur le plan nutritionnel.

Une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable. L'équipe du réseau se compose : de diététiciennes, d'endocrinologues, de psychiatres, de cardiologues, de pneumologues, de chirurgiens, d'anesthésistes, d'infirmières.

Cette prise en charge permet une réussite optimale de la gastroplastie et l'absence de survenue ultérieure de complications.

### *Principes de la gastroplastie*

Il consiste à diviser l'estomac en deux compartiments à l'aide d'un ballonnet gonflable. La partie de l'estomac recevant le bol alimentaire étant plus petite, la sensation de satiété est plus rapide et plus intense. Il faut manger moins vite et de façon fractionnée, il faut tout le long du repas, attendre que ce qui est ingéré passe dans le deuxième compartiment à travers l'anneau avant de pouvoir prendre la quantité d'aliments suivante. Le diamètre de l'anneau peut être modifié par le chirurgien.

### *Préparation à la Gastroplastie : une prise en charge multidisciplinaire*

Pour bénéficier d'une gastroplastie, certaines consultations sont obligatoires. En effet, il faut s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication à cette intervention, et préparer le patient à une alimentation très fractionnée mais néanmoins équilibrée.

- Consultation auprès du médecin endocrinologue pour un bilan hormonal et une évaluation de l'état nutritionnel : éliminer une cause hormonale : hypercorticisme, acromégalie, problème thyroïdien ; faire le bilan des complications métaboliques liées au surpoids : diabète, dyslipidémie, hyperinsulinisme.
- Consultation auprès du médecin psychiatre pour éliminer une contre indication d'ordre psychologique.
- Prise en charge diététique avec préparation à l'intervention par la diététicienne.
- Consultation auprès du chirurgien.

Après la visite avec le chirurgien, il faut éliminer des contre-indications à l'anesthésie d'ordre cardiologiques, respiratoires ou anesthésiologiques.

Des examens complémentaires sont également souhaités.

tables : radiographie ou endoscopie de l'estomac pour éliminer une anomalie à ce niveau ; échographie du foie pour juger son volume qui peut gêner la chirurgie.

### ***Bénéfices attendus de la Gastroplastie***

La gastroplastie est une alternative chirurgicale du traitement de l'obésité morbide et/ou compliquée. Elle est proposée lorsque d'autres moyens thérapeutiques ont échoué : régime équilibré, prise en charge diététique et médicale du surpoids, séjour dans un centre diététique... La gastroplastie permet une perte de poids notable et durable, d'au moins 20 à 30 % du poids de départ. Elle permet de passer du stade d'obésité à risque au stade de surpoids et dans les meilleurs des cas au stade de poids normal. C'est donc avant tout un traitement médical de l'obésité et non un traitement esthétique. Il faut tenir compte dans le bénéfice attendu du poids de départ et ne pas vouloir « maigrir à tout prix ».

### ***Passage à l'acte chirurgical***

La décision de l'intervention est prise de façon collégiale au cours d'une réunion semestrielle, après 4 à 6 mois d'une prise en charge multi-disciplinaire régulière et seulement après perte de poids préalable témoignant de l'observance des conseils nutritionnels.

Le chirurgien, l'endocrinologue, le psychiatre, la diététicienne, l'anesthésiste, le cardiologue, le pneumologue peuvent récuser le geste opératoire pour les raisons suivantes :

Contre-indications formelles : pathologie gastro-duodénale, pathologie endocrinienne, pathologie psychiatrique : addictif, compulsif, boulimique, grand dépressif, état limite ; pathologie organique sous-jacente type néoplasie évolutive ou susceptible d'évoluer ; CI opératoire.

Contre indication temporaire : préparation insuffisante notamment diététique ; troubles psychiatriques mineurs (dépression réactionnelle...).

### ***Déroulement de l'intervention***

**Cerclage gastrique ajustable par laparoscopie** : Il consiste à mettre en place sous anesthésie générale un anneau gonflable autour de l'estomac, relié par un cathéter à un réservoir sous-cutané (permettant d'actionner un resserrage post opératoire ou inversement). Cette technique ne requiert ni agrafage, ni anastomose digestive, d'où la simplicité du geste et une réversibilité totale. L'abord par voie laparoscopique évite une grande incision de l'abdomen (et donc le risque d'abcès ou d'événement).

**Technique** : Le chirurgien réalise des petites incisions abdominales de 5 à 10 mm qui permettent l'introduction des instruments chirurgicaux et d'un système optique relié à un moniteur de télévision. Une sonde à ballonnet est introduite par l'anesthésiste dans l'estomac, son ballonnet est gonflé (15 cc) puis est remonté jusqu'à ce qu'il bute sur la jonction entre œsophage et estomac. L'anneau une fois introduit dans l'abdomen est fermé autour de l'estomac sous le ballonnet gonflé pour créer une petite poche gastrique. La sonde gastrique est ensuite retirée. L'anneau est enfin raccordé à un cathéter lui-même relié à une chambre de gonflage placée sous la peau au niveau du flanc gauche. L'intervention dure une à deux heures. Le patient est autorisé à reprendre une alimentation lisse à la 48<sup>ème</sup> heure après une radiographie de l'estomac de contrôle. L'alimentation solide est autorisée à partir du 15<sup>e</sup> jour post-opératoire.

La principale complication de ce geste est la dilatation secondaire de la poche gastrique pouvant relever d'excès alimentaires ou d'une imperfection technique. D'autres complications sont possibles : infection d'anneau, érosion gastrique voire nécrose gastrique due à un serrage excessif, migration de l'anneau.

D'où la nécessité d'un suivi très régulier auprès du chirurgien.

### ***Le suivi post-opératoire est indispensable***

#### **Il comporte la première année :**

- une consultation auprès du chirurgien un mois après l'intervention,
- un suivi médical auprès du médecin endocrinologue : surveillance de la courbe pondérale, dépistage d'anomalies nutritionnelles, de carences, suivi des pathologies associées...,
- un suivi diététique avec consultation mensuelle voire bi-mensuelle au début,
- une possibilité de rééducation à l'activité physique auprès des kinésithérapeutes avec ré apprentissage à l'effort physique dans le cadre d'un centre médico-sportif.

**Après la première année**, le suivi à long terme est aussi important que le suivi en post-opératoire immédiat. Un suivi régulier auprès de la diététicienne, de l'endocrinologue et du chirurgien notamment est indispensable. Par la suite, des interventions de chirurgie plastique peuvent être réalisées.

### ***Conclusion***

L'impact de l'obésité sur la population Européenne devient de plus en plus important.

Grâce au développement de la chirurgie laparoscopique la chirurgie bariatrique connaît un formidable essor.

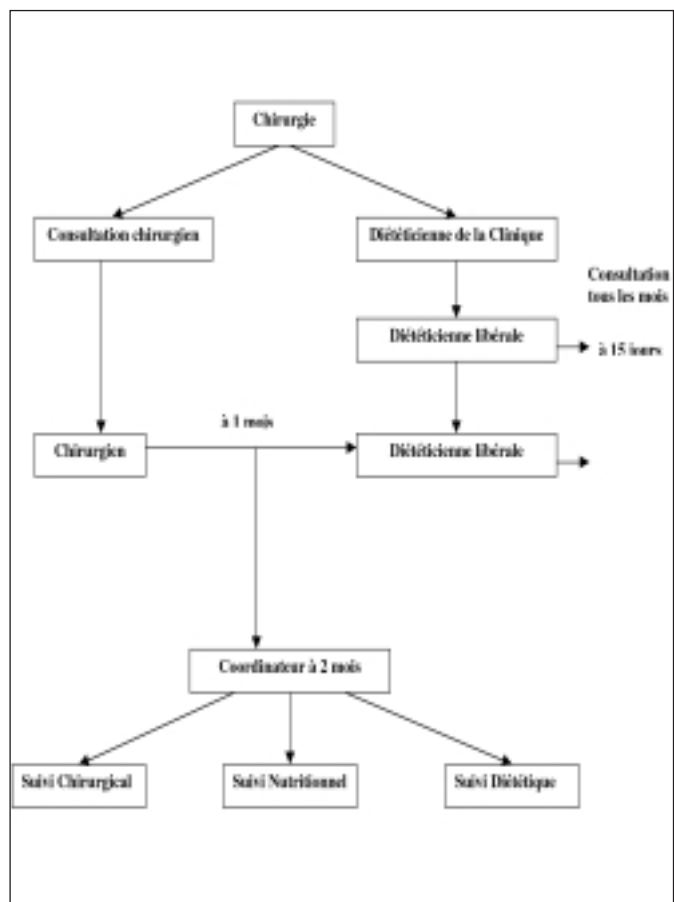
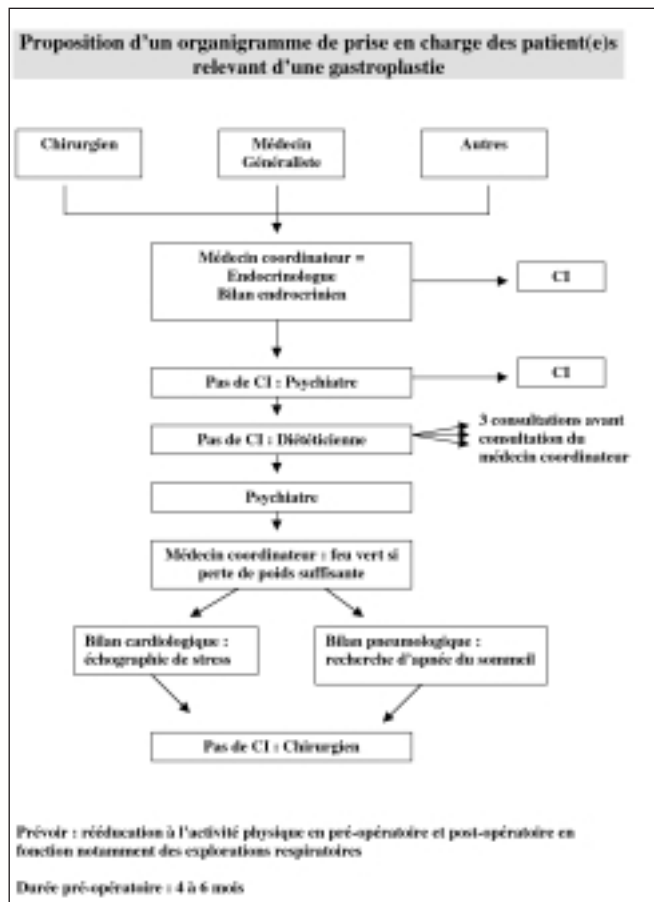
L'obésité est par ailleurs une pathologie dont la prise en charge doit être multidisciplinaire, avant, pendant et après l'intervention.

Cette concertation multidisciplinaire, au sein du réseau permet régulièrement un état des lieux et l'orientation éventuelle vers d'autres prises en charge (ballon intra gastrique) ou l'adoption dans certains cas d'autres techniques chirurgicales (by pass, sleeve gastrectomie...).

**Bibliographie**

- Actualisation des recommandations sur « la chirurgie de l'obésité », recommandations de bonne pratique. Cah Nut Diet 2003 ; 38 :314-5.
- Laville M, Romon M, Chavrier G et al, Recommendations regarding obesity surgery. Obes Surg 2005 ; 15 : 1476-80.

- Seidell, JC, Visscher TL. Body weight and weight change and their health implications for the elderly. Eur J Clin Nutr 2000 ; 54 (suppl 3) : S33-9.
- Flum DR, Salem L, Eltrold JA et al. Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures. JAMA 2005 ; 294 : 1903-8.
- Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004 ; 351 : 3683-93.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et Al. Bariatric surgery : a systematic review and meta-analysis. JAMA 2004 ; 292 : 1724-37.
- Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Two-year follow-up of Health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1998 ; 22 : 113-26.
- Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Quality of life after lap-band placement : influence of time, weight loss, and comorbidities. Obes Res 2001 ; 9 : 713-21.





## LE CONCEPT D'ALEXITHYMIE

**Dr Marie TARDY, Pr Jean-Philippe RAYNAUD\***

\* Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
CHU de Toulouse- Hôpital La Grave

### Introduction

Le terme d'alexithymie a été créé par Sifneos en collaboration avec Nemiah à partir d'observations de malades souffrant d'affections psychosomatiques<sup>1</sup>.

Le concept d'alexithymie, initialement décrit chez les malades psychosomatiques, a acquis aujourd'hui une dimension transnosographique. La fréquence de l'alexithymie est élevée dans les conduites de dépendance<sup>2</sup> : toxicomanies, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires. La conduite addictive pourrait constituer un aménagement défensif qui tenterait de compenser la faiblesse des mécanismes de défense et la difficulté du moi à réguler et modifier ses émotions.

L'alexithymie est devenue un trait de personnalité, retrouvé de façon « normale » dans la population générale, mais qui représente un facteur de vulnérabilité pour une variété de troubles somatiques et psychiatriques<sup>3</sup>.

### Qu'est-ce que l'alexithymie ?

« Alexithymie » signifie étymologiquement « l'absence de mots pour les émotions et les sentiments », du grec : « a » privatif, « lexis » paroles et « thymos » émotions.

Elle regroupe quatre caractéristiques psychologiques distinctes :

- la difficulté à identifier et décrire ses émotions,
- la difficulté à distinguer ses émotions de ses sensations corporelles,
- la pauvreté de l'imaginaire,
- la prédominance de pensées tournées vers l'extérieur, concrètes et peu introspectives.

Le mode de communication des sujets alexithymiques se caractérise par une pensée symbolique très réduite, d'où une pensée à contenu pragmatique et un mode d'expression descriptif. Ceci donne par exemple un discours constitué d'une énumération de détails concernant des faits extérieurs.

Les sujets alexithymiques ont une tendance à l'agir, à l'impulsivité et à l'évitement dans la gestion des conflits. Ils se plaignent essentiellement de symptômes somatiques, souvent sans cause organique sous-jacente. Pour compléter l'entretien clinique, et essentiellement à visée de recherche, des échelles, permettent d'évaluer l'alexithymie : la Toronto Alexithymia Scale (TAS),

autoquestionnaire dont la version abrégée compte 20 items (TAS-20<sup>4</sup>) présente de bonnes qualités métrologiques.

### Prévalence de l'alexithymie

En population générale, la fréquence de l'alexithymie est très variable selon les études. Loas retrouve une prévalence de 22,95% chez 163 sujets âgés de 18 à 65 ans<sup>5</sup>.

Concernant les adolescents, Horton retrouve, en milieu scolaire, chez 264 sujets de 14 à 17 ans, un score moyen d'alexithymie de 23,5% avec 29% chez les filles et 18% chez les garçons<sup>6</sup>.

### Différents modèles étiopathogéniques de l'alexithymie

De nombreux modèles ont été développés pour essayer de mieux comprendre l'origine de ce fonctionnement mental. Pour Taylor<sup>7</sup>, de multiples facteurs jouent un rôle dans le développement d'un phénomène aussi complexe.

Concernant les hypothèses neurophysiologiques, il pourrait exister une absence de connections entre le système limbique et les régions néocorticales. Un autre modèle met en avant un hypofonctionnement de l'hémisphère droit, lieu du traitement des émotions, au profit de l'hémisphère gauche<sup>8</sup>.

1. Sifneos P. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973; 22:255-262.

2. Guilbaud O, Corcos M. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain. *Annales Médico-Psychologiques.* 2002; 160:77-85.

3. Corcos. Psychopathologie de l'alexithymie. 2003.

4. Loas G, Corcos M, Stephan P, Pellet J, Bizouard P, Venisse J, Perez-Diaz F, Guelfi J, Jeammet P. Factorial structure of the 20-item toronto alexithymia scale: Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *J Psychosom Res.* 2001; 50:255-261.

5. Loas G. L'alexithymie chez le sujet sain: Validation de l'échelle d'alexithymie de toronto (tas) dans une population «tout venant» de 144 sujets, application au calcul de prévalence. *Annales Médico-Psychologiques.* 1993; 151:660-663.

6. Horton. Alexithymia, state and treatment. *Psychopath psychosom.* 1992; 58:91-96.

7. Taylor. La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Rev Fr Psychanal.* 1990;3:769-783.

8. Smith M, Daurat A, Pariente P, Sifneos P. [french translation of schalling-sifneos personality scale revised and beth israel questionnaire, 2 evaluation tools of alexithymia]. *Encephale.* 1992; 18:171-174.

Pour ce qui est de l'approche psychanalytique, ce concept d'alexithymie peut être considéré comme assez proche du concept de pensée opératoire, développé par l'Ecole Française de Psychosomatique. Pierre Marty parle d'une réduction de la pensée face à l'importance des comportements. L'alexithymie aurait une valeur défensive contre des douleurs morales intolérables et des angoisses liées à des situations interpersonnelles ou traumatisantes.

Selon l'approche cognitive, l'alexithymie traduirait l'adaptation du système cognitif d'un individu aux contraintes d'une situation pénible. L'attention serait alors redistribuée vers des préoccupations matérielles et différents aménagements dans la gestion des conflits mentaux.

On peut distinguer alexithymie primaire et secondaire. L'alexithymie primaire serait à l'origine de la maladie qu'elle provoquerait par inhibition de l'expression émotionnelle. L'alexithymie serait alors considérée comme un facteur de vulnérabilité prédisposant à l'expression de maladies organiques.

L'alexithymie secondaire serait provoquée par des situations de stress contre lesquelles elle constituerait un mécanisme de défense. Il s'agirait d'une stratégie d'ajustement face à des événements de vie stressants ou à des affects traumatiques<sup>9</sup>.

### **Alexithymie et anorexie mentale**

Chez les patients souffrant d'anorexie mentale, on retrouve des taux élevés d'alexithymie variant de 44 à 80 %. Dans l'étude de Guibaud et al, on retrouvait une prévalence de l'alexithymie de 54,5% chez les anorexiques.

On retrouve, chez ces patientes, des facteurs familiaux qui jouent un rôle important dans le développement et le maintien du trouble. Ainsi, une étude a montré une corrélation positive et significative entre le score d'alexithymie des mères et celui de leur enfant<sup>10</sup>.

Une étude est en cours dans notre service auprès d'une population d'adolescentes anorexiques et leurs parents : les adolescentes anorexiques sont-elles plus alexithymiques que la population générale et leurs parents, notamment les pères, ont-ils un score d'alexithymie plus élevé que chez dans la population contrôle ?<sup>11</sup>

### **Modèles thérapeutiques**

Du fait des grandes difficultés d'introspection de ces patients, ils présentent souvent une faible motivation et une réponse peu satisfaisante aux thérapies d'inspiration psychanalytique classiques. Il est donc important de réfléchir à des aménagements du cadre psychothérapeutique avec ces patients alexithymiques. Le recours aux thérapies associant des médiations expressionnelles

semble une bonne piste thérapeutique, pour aider ces patients à passer d'un fonctionnement alexithymique à un fonctionnement plus souple. Les thérapies de groupes permettent également aux patients alexithymiques d'approcher leurs émotions, leurs éprouvés, leur vécu affectif à partir de relations interpersonnelles dans un cadre soutenant et adapté. Le travail avec les parents peut également être utile. Amener les parents à accepter d'entrer eux aussi en contact avec leurs émotions et celles de leur enfant, sans se sentir trop démunis, menacés ou désorganisés, peut faire partie de l'accompagnement thérapeutique. Les groupes de parents peuvent aussi jouer un rôle de médiation d'expression des affects. L'objectif est de favoriser la différenciation des parents d'avec leur enfant et de situer leurs relations dans le cadre de leur histoire familiale.

### **Conclusion**

L'alexithymie est donc un concept intéressant de par son rapport avec certaines pathologies, notamment dans plusieurs pathologies à expression somatique et l'anorexie mentale. Il reste encore beaucoup de pistes à approfondir dans la compréhension de la genèse de l'alexithymie, en particulier dans la compréhension de la connaissance des émotions.

L'alexithymie n'est pas retrouvée que dans les populations de malades et on constate la fréquence élevée de sujets alexithymiques chez les sujets apparemment sains. En ce qui concerne la période de l'adolescence, nous avons pu vérifier le niveau d'alexithymie souvent élevé<sup>12</sup>. L'alexithymie peut avoir des effets différents selon le contexte dans lequel elle se manifeste, tantôt elle interviendrait négativement, comme facteur de vulnérabilité prédisposant à l'expression de maladies organiques par inhibition de l'expression émotionnelle, tantôt elle pourrait avoir une valeur positive, quand elle serait réactionnelle et soutiendrait occasionnellement les capacités du à faire face à un afflux d'émotions (coping).

Il semble donc important de pouvoir repérer chez les patients, le fonctionnement alexithymique et les mécanismes ou l'organisation psychique qui le sous-tendent, pour pouvoir proposer des pistes thérapeutiques adaptées.

9. Corcos M. Approche psychanalytique de l'alexithymie. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2001;29:257-274.

10. Lumley M, Mader C, Gramzow J, Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med*. 1996; 58:211-216.

11. Dethieux J, Hazane F, Dounet C, Gentil V, Raynaud J Ph. A la recherche des émotions perdues: L'adolescente anorexique et son père. Etude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2001; 49:131-140.

12. Sauvagnac A, Hazane F, Daubisse L, Raynaud J Ph. Adolescence et émotions: Étude de l'alexithymie en population générale. En préparation.

## LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL (DMP)

**Vincent LAURENT\***

\*Doctorant en droit privé, UT1, Toulouse.  
Chargé d'enseignement en droit privé, Université Champollion, Albi.  
Assistent de justice, Tribunal de Grande Instance, Toulouse.  
Membre de l'ARFDM, Toulouse.  
Correspondance : vincentlaurent@numericable.fr

### *Introduction*

Le dossier médical contient toutes les informations relatives au patient et à sa prise en charge. Il s'agit donc des motifs d'hospitalisation, du type de prise en charge, de la nature des soins dispensés...<sup>1</sup>. Selon l'article R.1112-2 du Code de la Santé Publique (CSP), le dossier médical comprend également « le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ». Le dossier de soins infirmiers est « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »<sup>2</sup>.

Mais le dossier médical établi sur support papier a vécu. Il n'est plus adapté à la société moderne. Outre des problèmes de stockage, il ne permet pas d'obtenir, en temps réel, des informations sur le patient. L'informatisation du dossier médical apparaît dès lors logique (I). Mais le calendrier de sa mise en oeuvre et son coût peuvent laisser perplexes tant le projet semble irréaliste (II).

### *Les origines du DMP : la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*

Le DMP est prévu par les articles 3 à 5 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004<sup>3</sup> relative à l'assurance maladie. L'idée de créer un outil permettant de centraliser l'ensemble des données médicales personnelles, dans le respect des principes de propriété individuelle, n'est pas nouvelle. Cependant, elle n'avait jamais vu le jour. La mise en place du DMP est attendue avec beaucoup d'impatience. Le DMP a vocation à favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Il entend également améliorer la communication des informations de santé, tout en respectant les droits des patients. Enfin, son but est d'accroître l'efficacité de notre système de santé et ainsi de réaliser des économies.

Concrètement, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de seize ans<sup>4</sup> disposera dès la mise en place de ce dossier, dans les conditions et avec les garanties prévues en matière de « tiers hébergeur » et

aussi dans le respect du secret médical, d'un « dossier médical personnel » constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Il devrait, en outre, comporter un volet spécialement destiné à la prévention.

A cette fin, le DMP devrait être alimenté par les différents acteurs du système de santé consultés, selon des modalités différentes prévues par la loi relative à l'assurance maladie :

- chaque professionnel de santé, qu'il exerce en ville ou au sein d'un établissement de santé et quel que soit son mode d'exercice, est tenu de reporter dans le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ;
- à l'occasion d'un séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé doivent reporter sur le DMP les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

Le DMP sera nécessairement informatisé. Il devra en effet être créé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé. La loi du 4 mars 2002 (dite « Loi Kouchner ») sur les droits des malades et la qualité du système de santé a donné un cadre légal à l'existence et aux activités des prestataires assurant la gestion informatisée des données médicales : les « tiers hébergeurs ».

Ainsi, l'article L.1111-8 CSP précise que l'hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Cependant, la loi relative à l'assurance maladie a prévu un mécanisme de pénalités financières à l'encontre des patients qui refuseraient de jouer le jeu du DMP.

L'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale dispose que le niveau de prise en charge de actes et prestations de soins par l'assurance maladie est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son Dossier Médical Per-

1. Pour une liste des documents que contient le dossier médical voir l'article de M.DUPONT, Dossier médical, Droit médical et hospitalier, LexisNexis, p17.

2. Min. Emploi Solidarité, Guide du service infirmier : le dossier de soins : BO n°85-7 bis.

3. JO 17 août 2004.

4. Nous nous demandons pourquoi le DMP devrait être réservé aux personnes de plus de seize ans. Ne faut-il pas étendre la mesure à tous les assurés dès leur naissance ? Nous le pensons. Le système gagnerait en clarté et permettrait de remplacer le carnet de santé papier pour les enfants. Il convient de souligner que ce carnet de santé a dû être abandonné pour les adultes. Voir en ce sens : Concours Med 2005, 127-15, « Dossier médical personnel dès la naissance » J. LAVAUD.

sonnel et de le compléter. En outre, il est précisé que le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier.

La réussite du DMP dépendra en grande partie de l'implication ou de la non implication des patients. Il serait difficilement possible de le mettre en place face à des patients manifestement de mauvaise foi. Et c'est précisément contre cela que la loi relative à l'assurance maladie entend lutter.

### ***Le calendrier irréaliste et le coût du DMP***

Si les différents objectifs visés par le législateur sont forts louables, il est évident toutefois que le calendrier prévu pour cette réforme d'envergure est irréaliste. L'objectif affiché lors du vote de la loi relative à l'assurance maladie était de parvenir à une mise en œuvre du DMP d'ici la mi-2007.

Pour les professionnels de santé, il est prévu que, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du DMP de la personne prise en charge par le médecin.

Pour les patients, il est prévu que la clause de pénalité financière précédemment analysée s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Afin de mener à bien ce projet, le gouvernement s'est doté d'une structure *ad hoc*, chargée de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du futur organisme : le groupement de préfiguration du DMP, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public et dénommé GIP DMP.

Il est opportun de souligner que la mise en place de cet organisme a été tardive. En effet, l'arrêté portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt, n'a été pris que le 11 avril 2005<sup>5</sup>, soit seulement huit mois après le vote de la loi relative à l'assurance maladie. Encore faut-il préciser que l'organisation interne du GIP DMP n'a été stabilisée qu'au mois de juillet 2005.

Dans l'attente de la création du futur organisme gestionnaire du DMP, cette structure *ad hoc* assurera notamment les missions suivantes temporairement :

- Les relations avec les représentants des professions de santé et les associations de patients au sujet du DMP ;
- L'information des professionnels de santé et du public sur le DMP ;
- La définition des données de santé à caractère person-

- nel, relatives à la prévention, au diagnostic ou aux soins, qui pourront figurer dans le DMP et permettant en particulier le suivi des actes et prestations de soins ;
- La définition des conditions d'hébergement et d'accès au DMP, qu'il s'agisse de consulter ou de modifier le DMP, et des conditions de transmission des différentes catégories de données de santé qui figureront dans le DMP ;
- La définition de la structure du futur organisme gestionnaire du DMP ;
- La maîtrise d'ouvrage et réalisation, le cas échéant, des systèmes informatiques supports du DMP ;
- Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre des expérimentations de DMP sur des sites pilotes.

Après avoir étudié le calendrier de mise en place du DMP, se pose tout naturellement la question du coût de son fonctionnement. M Dominique COUDREAU, président du comité d'orientation du GIP DMP fait part de son analyse en ces termes : « En régime de croisière, plusieurs règles simples s'appliqueront. Le DMP sera payé sur la base du coût de fonctionnement d'un dossier en activité. Ce coût devrait comprendre, a priori, une part de l'investissement initial soit 10 euros par dossier actif et par an, en 2004, mais ce coût devrait être revu à la hausse. Les Anglais estiment ce coût à 20 euros par dossier par an ». Le coût du DMP pourrait ainsi varier entre 600 millions d'euros et 1,2 milliards d'euros par an sur la base de 60 millions de dossiers actifs.

Le coût dépendra également du contenu du DMP et des dépenses qui devront être engagées dans les établissements de santé et dans les cabinets médicaux pour pouvoir exploiter le système.

Pour les hôpitaux, le coût de l'impact du DMP sur le système d'information s'établirait globalement à 100 millions d'euros en investissement et 300 millions d'euros en dépenses d'exploitation. Ceci comprend l'informatisation du dossier patient, la mise en œuvre d'infrastructures de communication et le renforcement des équipes techniques.

Cependant, il est évident que les dépenses engagées par les hôpitaux dépendront très largement du niveau d'informatisation.

Se posera également la question du recrutement d'informaticiens habilités à mettre en place et à gérer le système informatique. Or les rémunérations qui leur sont actuellement proposées ne devraient guère les inciter à se tourner vers de telles missions.

S'agissant de la médecine de ville, le coût induit par la mise en place du DMP est beaucoup plus difficile à établir tant le niveau d'informatisation est disparate d'un cabinet médical à l'autre. Mais, il faudra nécessairement prévoir des aides et des mesures incitatives pour parvenir à informatisation généralisée des cabinets libé-

5. JO 12 avril 2005.

raux. Le succès du DMP dépend en grande partie de l'implication de cette médecine de proximité.

Le succès du DMP permettrait de réaliser des économies, qu'il est impossible, en l'état actuel des informations à notre disposition, de chiffrer précisément. Ce que nous savons en revanche c'est que le DMP permettrait d'éviter des coûts redondants, telle la répétition d'exams complémentaires.

### ***En conclusion***

Le dossier médical papier n'est plus d'actualité. Il sera tôt ou tard remplacé par le DMP informatisé. Ce projet d'envergure est en marche. Cependant de nombreuses questions stratégiques restent sans réponse. Les doutes et inquiétudes devront être levés afin que cette réforme d'envergure puisse aboutir pleinement.

La première question fondamentale est celle du contenu du DMP. Les avis divergent. Cependant, un consensus s'est fait autour d'idées simples : le DMP devra être facile d'utilisation pour les professionnels de santé et donc lisible.

Le second enjeu posé par le DMP : le projet du « web médecin » est-il nécessaire ou redondant avec le DMP ? Le web médecin permettra au médecin de consulter tous les remboursements ou indemnités journalières versés à son patient sur les douze derniers mois via un service en ligne de l'assurance maladie. N'est-on pas en train d'engager des dépenses inutiles faute de coordination entre les deux projets ?

Ensuite, la maîtrise du patient sur les données figurant dans son dossier peut soulever des difficultés. Or nous savons que les médecins n'utiliseront le DMP que s'il est fiable, c'est-à-dire s'il contient réellement l'ensemble des informations médicales relatives au patient. Que se passera-t-il si un patient souhaite masquer certaines pathologies pouvant entraîner des conséquences graves dans le cadre du suivi médical.

Enfin, une interrogation essentielle réside dans la volonté ou non des différents acteurs d'utiliser le DPM. Les médecins vont-ils utiliser ce système et comprendre son utilité pratique ? Il faut une prise de conscience du corps médical. Sans eux, le projet tant attendu ne se concrétisera pas.

S'agissant des industriels, ils sont prêts à investir, mais ils ont besoin de connaître précisément les attentes auxquelles ils devront répondre.

Du point de vue des patients, la question cruciale est celle de la confidentialité des données. Il faut les convaincre que les différentes données contenues dans le DMP seront confidentielles. Nous pensons que ces peurs seront difficiles à effacer voire à atténuer.

Il est important de relever que ces données sont couvertes par le secret médical. En effet, l'article L.161-36-

3 du Code de la Sécurité Sociale dispose que l'accès au DMP est « interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture de frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties » et qu'il ne peut être exigé « ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application ». En outre, le même article dispose que le DMP n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Le système est donc très clair et les peurs des patients ressortent en partie d'une méconnaissance du système. Informons clairement les patients et beaucoup de craintes disparaîtront.

S'agissant des médecins, il faut prendre en compte leurs attentes concernant le fonctionnement de logiciels qu'ils devront utiliser. L'informatique les effraie souvent et ce blocage culturel peut les empêcher de comprendre tous les avantages du DPM. Des formations appropriées selon le niveau individuel de chacun doivent être apportées. Les médecins doivent être soutenus et les patients rassurés afin de mener à bien ce projet d'envergure.

De nombreux efforts sont demandés aux médecins depuis plusieurs années en France. Certains sont lassés et n'ont plus l'impression de pratiquer de la médecine, un métier qu'ils aiment tant. Espérons que cette réforme ne sera pas celle de trop et que l'Etat se donnera les moyens d'accompagner le corps médical dans son ensemble.

Compte tenu de toutes ces difficultés non résolues, il apparaît évident que chaque patient visé par la loi relative à l'assurance maladie, ne disposera pas, en juillet 2007, d'un DMP abouti.

Interrogé lors de la rédaction d'un rapport du Sénat<sup>6</sup>, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé et des solidarités a formulé ainsi son analyse : « Concernant le déploiement du DMP, dont la responsabilité relève du GIP GMP, on peut penser que la généralisation d'un dossier structuré assez complet demandera vraisemblablement une dizaine d'années. On peut cependant viser pour l'horizon 2007 un déploiement significatif d'un DMP simple (voire « rustique ») pour plusieurs millions de patients. Un tel objectif demandera un effort de conviction très important, voire des actions d'incitation, pour emporter l'adhésion des patients et de professionnels de santé, à l'hôpital comme en ville, condition première du DMP »<sup>7</sup>.

6. Les rapports du Sénat : « Informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux ». J.-J. JEGOU (Sénateur), n°62, 2005-2006.

7. Réponse écrite au questionnaire adressé par le rapporteur spécial au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en vue de son audition.

# LE CORPS

## ■ Obsolescence contemporaine du corps

Par David LE BRETON\*

\* Professeur de sociologie à l'université Marc Bloch de Strasbourg.  
Membre de l'UMR « Cultures et sociétés en Europe ».

La condition humaine est corporelle. Il n'est de monde que de chair, même si l'homme contemporain se sent de plus en plus à l'étroit dans l'enclos de sa peau. Longtemps, le corps était un donné sur lequel on ne s'interrogeait guère car il était là en toute évidence et ne posait aucun souci, il n'en va plus de même aujourd'hui dans un contexte d'individualisation du sens et de marchandisation du monde. Son ancienne sacralité est caduque, il n'est plus la souche identitaire inflexible d'une histoire personnelle, mais une forme à remettre inlassablement au goût du jour. Le consumérisme qui baigne nos sociétés, et particulièrement les jeunes générations, fait du corps un objet majeur d'investissement personnel.

Si l'un des mots d'ordre des années soixante-dix ou quatre-vingt, était de changer le monde, les années ultérieures se sont attachées de plus en plus à vouloir transformer le corps, à commencer d'ailleurs par nombre d'anciens militants, à défaut de pouvoir transformer la société. Il importe désormais d'avoir un corps à soi, pour soi. Corps signé, et digne représentant de soi. Le *design* n'est plus l'exclusivité des objets, nombre de nos contemporains deviennent les *designers* de leur apparence. Paradoxe quête de singularité qui induit le conformisme dans une société de masse dont les seules références incontestables sont celles promues par le marketing. Le souci de se différencier puisant dans le même supermarché, tous se ressemblent en affichant fièrement le signe de leur « différence » à l'image de cette adolescente, nullement consciente de sa contradiction, qui dit tranquillement : « *Ma rencontre avec le piercing c'est pour avoir une boucle d'oreille ailleurs que sur le bas des oreilles. Pourquoi, je n'en sais rien. J'ai voulu ça parce que c'était la mode. Ouais, j'ai voulu faire ça pour avoir quelque chose de différent par rapport aux autres* ». L'individu, transformé en propriétaire responsable de son corps, vit dans un souci de soi qui n'en finit plus et alimente éventuellement une anxiété de manquer un produit ou un service efficace. Paradoxalement, il vit cette dépendance comme une émancipation alors qu'il ne cesse de voler au devant des normes diffuses du marché. L'entretien du corps devient une activité à plein temps.

La version moderne du dualisme diffus de la vie quotidienne oppose l'homme à son propre corps et non plus

comme autrefois l'âme ou l'esprit au corps. Le corps n'est plus une incarnation irréductible mais une construction personnelle, un objet transitoire et manipulable susceptible de maintes métamorphoses selon les désirs de l'individu. Il est aujourd'hui une proposition toujours à affiner et à reprendre. De manière artisanale des millions d'individus se font les bricoleurs inventifs et inlassables de leur corps devenu une matière première de choix pour tirer leur épingle du jeu dans une société du look, de l'image, du spectacle, où il faut en mettre plein la vue. Une société orientée par le regard des autres sur soi. L'apparence alimente désormais une industrie sans fin. Lieu de la nécessaire incarnation du sujet, le corps tend à devenir une matière première à modeler selon l'ambiance du moment. Il est désormais pour nombre de contemporains un accessoire de la présence un lieu de mise en scène, un objet coupé de soi, mais particulièrement investi comme tenant lieu de soi. La volonté de transformer son corps, de le travailler, est devenue un lieu commun (Le Breton, 1999).

La volonté d'auto-filiation qui pousse l'individualisme démocratique à son point culminant d'être jusqu'au bout le maître de soi se heurte à l'irréductibilité du corps comme héritage d'une histoire compromise avec les autres, à commencer par les géniteurs. Les technologies contemporaines donnent à l'acteur le sentiment d'un pouvoir d'action symbolique sur son corps et ses origines. Il réclame dès lors que celui-ci soit sa racine identitaire, son « destin », il entend le prendre en main comme un accessoire pour lui donner une marque qui n'appartienne qu'à lui. Répondant à un entretien la cinéaste Marina de Van dit à ce propos : « *Quand je me regarde dans une glace, il faut que je ressemble à ce que j'ai moi-même créé. Je ne supporte pas l'idée que mon unité physique soit une donnée que je n'ai pas façonnée moi-même* ». Ou encore Julie : « *C'est une touche personnelle que je voulais donner à mon corps. Une touche qui vient de moi, non de monsieur génétique* ». Son tatouage, une fleur, lui rappelle le moment où elle a quitté ses parents pour commencer ses études de médecine. « *Quand tu te lèves de la chaise, après le tatouage, ton corps a changé, mais toi aussi tu n'es plus la même* ». Après son tatouage et son piercing, elle s'est trouvée « *plus désirable, plus sexy, plus femme, plus authentique* ».

Il n'est plus question de se contenter du corps que l'on a, mais d'en modifier les assises pour le compléter ou le rendre conforme à l'idée que l'on s'en fait. Le corps est aujourd'hui un alter ego, un double, une projection de soi un peu décevant, mais disponible à toutes les modifications. Sans le supplément introduit par l'individu

dans son style de vie ou ses actions délibérées de métamorphoses physiques, le corps serait une forme insuffisante à accueillir ses aspirations. Il faut y ajouter sa marque propre pour en prendre possession. Pour prendre chair dans son existence on multiplie les signes corporels de manière visible. Il faut se mettre hors de soi pour devenir soi, sursignifier sa présence au monde. L'intériorité est un travail d'extériorité qui exige sans arrêt de remettre le corps sur le métier pour adhérer à soi, à une identité éphémère mais essentielle pour un moment de l'ambiance sociale. Pour ceux qui cèdent à l'impératif d'apparence, un travail sur soi est constamment de mise. Les disciplines analysées autrefois par Michel Foucault passent désormais par l'assentiment de l'acteur et elles sont régies par la société de consommation. Elles sont sous l'égide de la marchandise. Elles exercent en outre un effet de réassurance. L'investissement sur le corps propre répond aux cassures du lien social, à l'éloignement de l'autre, à la dislocation des anciens liens communautaires. A défaut d'exercer un contrôle sur son existence, le corps est un objet sur lequel exercer enfin une souveraineté en difficulté partout ailleurs. L'individu dispose des signes d'identité sur son corps à travers lesquels il interroge sa place dans le monde.

Sous la pression des offres de service de l'abondante industrie du design corporel, l'individu se vit comme indigne au regard de toutes ces techniques de transformation de soi qui l'incitent à changer son corps d'une manière ou d'une autre. La formidable vogue de la chirurgie esthétique touche des populations de plus en plus jeunes. L'apparence est désormais une instance remaniable, toujours révocable. L'affinement des techniques de chirurgie esthétique, les injections de botox ou de collagène, etc. autorisent une marge de manœuvre accrue sur les formes du corps. Les femmes restent fidèles à un impératif de séduction et de forme qui pose leur valeur sociale sur le registre de l'apparence. Elles recourent sans état d'âme à la chirurgie esthétique, dont elles composent l'écrasante majorité des clients, pour remodeler leurs seins, leurs fesses, les débarrasser des graisses « superflues », remanier les formes du visage, ou lutter contre les traces physiques du vieillissement. Il s'agit de mettre le corps aux normes diffuses de l'esthétique d'un moment. Les régimes alimentaires les touchent de plein fouet, surtout à l'approche de l'été où il convient d'être à la hauteur sur les plages. L'industrie des cosmétiques ou les cabinets d'esthétique ne cessent de se renouveler et de proposer de nouveaux produits. La femme est jugée impitoyablement sur son apparence, sa séduction, sa jeunesse, et ne rencontre guère de salut au-delà. Plus que celui de l'homme le corps de la femme est perçu comme obsolète et happé par la multitude des propositions cosmétiques qui ne cessent de la harceler.

Si les femmes restent de manière privilégiée une cible de ces ateliers de métamorphoses du corps ou du marketing des produits cosmétiques, l'homme est de plus en plus concerné à travers la levée des anciennes préventions faisant du corps masculin un détail au regard d'une séduction qui se situe ailleurs, dans ce qu'il fait, ses attitudes envers le monde, etc. Si la femme a un corps qui la définit pour le meilleur ou pour le pire, l'homme est plutôt son corps, c'est-à-dire que ce dernier ne soulève guère de problème. L'homme est plutôt jugé sur ses œuvres. La femme vaut ce que vaut son corps dans le commerce de la séduction. L'homme est affranchi de ce souci, son vieillissement ne porte pas ombrage à son charme. D'où la formule brutale mais juste de Simone Signoret disant : « d'une femme qui vieillit, on dit c'est une vieille peau, d'un homme du même âge on dit il a de la gueule ». Si Théo Sarapo, 30 ans, épouse Edith Piaf, 40 ans à l'époque, on le suspecte d'être un gigolo. Que Montand ou Mitterrand rencontrent des femmes ayant trente ou quarante de moins ne soulève aucune objection. A l'inverse, leur réputation de virilité s'en est accrue. Ils étaient toujours « verts » malgré leur âge. Imaginons l'horreur des médias dans une situation inverse. La course d'une cosmétique corporelle adéquate est sans fin pour les femmes traquées par les impératifs sociaux en vigueur.

Au-delà de leurs origines dans une constellation familiale et une histoire de vie, l'anorexie, la boulimie, l'obésité, les plaintes somatiques, ou les blessures cutanées sont des critiques par corps de cet enfermement de la femme dans une définition restrictive de soi où prime tyranniquement l'apparence et la séduction. Plus que pour le garçon, la sexualité est pour la fille l'entrée dans un chemin tout tracé où son corps l'inscrit pour le meilleur ou pour le pire. Dans nos sociétés une majorité d'adolescentes expriment leur regret de ne pas avoir un corps conforme à leur désir. Elles sont insatisfaites d'elles-mêmes, et elles ont tendance à élargir cette mésestime de soi à l'ensemble de leur existence (Danzon, 1998, 134). D'où le surgissement d'autres marques corporelles touchant surtout les adolescentes dans un geste de refus : les incisions délibérées dans un contexte de souffrance personnelle. Gestes polysémiques dont l'une des significations est le refus inconscient d'être enfermée dans un corps toujours en représentation, assignée à une identité insupportable face à un monde où l'on ne se reconnaît pas. Les incisions sont une volonté de s'arracher à un corps qui épingle à soi, de se dépouiller d'une peau qui colle douloureusement au regard des autres. Tentative symbolique de briser l'image. On ne saurait les comprendre sans les mettre en lien avec cette tyrannie de l'apparence qui fait ou défait la réputation au sein des jeunes générations (Le Breton, 2003). En retournant sa souffrance (celle qui est dans la vie)

contre sa propre peau, en s'entaillant, la femme récuse aussi le modèle de séduction qui l'étouffe et qui fait de son apparence le critère d'évaluation majeur de ce qu'elle est, là où l'homme est plutôt jugé sur ses œuvres. Elle dit justement qu'elle est toujours à fleur de peau. Et que parfois elle en a assez, biffant alors celle-ci de gestes rageurs. Nombre de souffrances ou de conduites à risque des filles sont pour une part, au-delà de ce qui se joue dans la famille, des formes de résistance à cet impératif qui contraint l'adolescence à être « bonne » (la banalité du terme aujourd'hui traduit l'ampleur du problème).

Cependant les impératifs d'apparence sollicitent un nombre grandissant d'hommes soucieux à leur tour d'une mise en scène de leur séduction, du maintien de leur jeunesse sous des formes qui mêlent le goût de l'esthétique corporelle à un cisèlement subtil de leur virilité. Les hommes ne craignent plus de franchir les portes des cabinets d'esthétique pour se prêter à des soins visant à améliorer leur apparence. L'épilation, par exemple, les touche de plus en plus. Les revues masculines connaissent un succès qui ne se dément pas, associé par ailleurs à une hausse considérable ces dernières années de la cosmétique masculine. Plusieurs registres existent, les uns restent sur un registre soft et visent à améliorer leur séduction à travers des soins capillaires, des réimplants pour lutter contre leur calvitie, font de légères retouches à leur visage pour effacer quelques rides, suivent des régimes pour demeurer sveltes, passent de longs moments sous les UV et hantent les salles de fitness pour maintenir leur forme (entendue dans les deux sens du terme). D'autres renchérisent sur des normes de virilité aujourd'hui en crise. Le *body builder*, le bâtisseur de corps construit ses limites physiques, il les affronte journalièrement par une ascèse fondée sur des exercices répétés. Il ne veut rien devoir à personne, surtout pas à ses parents. Il baigne dans le fantasme de l'auto-engendrement. Dans un monde d'incertitude, il construit pied à pied une sorte d'abri qui lui permet de rester maître de soi ou, du moins de produire sincèrement l'illusion d'être enfin soi. Il endosse son corps comme une deuxième peau, un surcorps, une carrosserie protectrice avec lequel il se sent enfin à l'aise. Les rues américaines surtout débordent aujourd'hui de ces hommes qui déploient leur corps plus qu'ils ne l'habitent. Les concours de culturisme sont monnaie courante aux USA, et les émissions à leur propos largement diffusées sur les chaînes câblées. Les anciennes stars des années soixante-dix, quatre-vingt qui ne brillaient guère par leur aspect musculeux se sont reconverties et offrent, vingt ou trente ans après, un physique de bûcheron : Harvey Keitel, Nicholas Cage par exemple. La plupart des stars contemporaines présentent aujourd'hui des corps revus et corrigés par le culturisme. Arnold Schwarzenegger a ouvert le chemin, suivi par

Silvester Stallone, en crédibilisant une pratique naguère vouée à la dérision par le plus grand nombre. Seules quelques stars pour adolescents comme Leonardo da Caprio peuvent se permettre encore d'afficher un physique mince et doux sans compromettre leur carrière. Les stars sont devenues des athlètes.

Les hommes photographiés aujourd'hui dans *Glamour* ou *Cosmopolitan* n'ont plus rien à voir avec ceux des années passées. L'air farouche dans leur string, affichant fièrement leurs tatouages obligés, le corps remanié par la musculation ou la diététique, tous clonés sur le même modèle. Trois millions d'Américains prennent des stéroïdes anabolisants pour accroître leur masse musculaire, un autre million souffre de « dysmorphie musculaire », ils craignent que leur sexe soit trop petit, leur poitrine trop maigre, leur musculature dérisoire ou que leur calvitie précoce ne les rendent ridicules. Ils adhèrent encore avec passion aux vieilles antiennes de la virilité. Ce malaise lié au contraste entre l'image sociale du corps véhiculée par Hollywood ou la publicité et le corps vécu comme insuffisant, provoque ce complexe d'Adonis, ce sentiment pour l'homme de ne pas être à la hauteur (Pope, Phillips, Olivardia, 2000). Ces hommes hantés par leur virilité perçue comme défaillante à cause d'un trait particulier poursuivent avec persévérance une discipline de vie les amenant à une sévère diététique et à maints exercices physiques pour se forger un corps de rêve toujours devant eux, inaccessible mais qui occupe leur temps, leur souci et une bonne part de leur argent.

D'autres sont davantage focalisés sur la forme de leur pénis. Tout usager du net sait combien aujourd'hui le courrier électronique est bombardé de messages proposant des comprimés de Viagra ou des adresses pour allonger ou épaissir son sexe. Nombre d'hommes souffrent en effet du sentiment que leur sexe est trop petit pour leur ego. Ils souhaitent posséder une verge plus longue pour accéder à une meilleure estime de soi. La démarche est aujourd'hui banalisée, elle consiste à couper en partie les ligaments qui relient la verge au pubis pour qu'elle pende davantage. Comme pour d'autres opérations de chirurgie esthétique, il s'agit de transformer une image dépréciée de soi en satisfaisant au fantasme qu'on est davantage un homme avec un sexe plus long et plus gros. L'opération est le prix à payer pour satisfaire à une certaine image de la virilité fondée plus sur l'apparence que sur la relation à la femme. Si l'on n'a pas la virilité il importe néanmoins d'en afficher les signes. Les hommes interrogés par une journaliste au terme de cette opération déclaraient avoir une sexualité sans problème, mais vouloir améliorer leur image quand ils sont sous la douche avec leurs amis, à la piscine ou sur les plages ou face aux urinoirs public (*Libération*, 6-11-2003).



Ni le corps, ni le genre, ni l'orientation sexuelle ne sont aujourd'hui perçus comme des essences mais comme des constructions avant tout personnelles et révocables. Ils sont le fait d'une décision propre et d'une pratique cosmétique adaptée. Le corps n'est que l'habacle provisoire d'une identité qui refuse toute fixation et choisit une forme de nomadisme de sa présence au monde. Il n'est plus le support irréductible d'une identité substantielle, mais le prétexte d'une identité purement relationnelle. Tant l'identité que le corps sont aujourd'hui marqués du sceau de l'obsolescence. Le queer est une volonté de se démarquer de tous les critères d'apparence régi par les normes sociales, une volonté de dissidence s'y exprime à travers les manières de se mettre en scène. La culture queer entend libérer l'individu de tout ancrage biologique et en faire un nomade de son corps, un individu sans frontières de genre ni de forme, faisant imposer les pratiques sexuelles.

Le corps du transsexuel est un artefact technologique, une construction chirurgicale et hormonale, un façonnement plastique appuyé sur une volonté ferme. Il entend revêtir pour un moment une apparence sexuelle conforme à son sentiment personnel. Son sexe d'élection est le fait de sa décision propre et non d'un destin anatomique. Il supprime les aspects trop significatifs de son ancienne corporéité pour arborer les signes de sa nouvelle apparence. Il se façonne au quotidien un corps toujours inachevé, toujours à conquérir. Féminité et masculinité, loin d'être l'évidence du rapport au monde, sont l'objet d'une production permanente par un usage approprié des signes, d'une redéfinition de soi, conformément au *design* corporel. Volonté de conjurer la séparation, de ne plus faire du sexe (du latin *secare* : couper) ni un corps ni un destin mais une décision, et surtout de s'en affranchir pour s'inventer et se mettre soi-même au monde.

A défaut d'exercer un contrôle sur son existence, le corps est un objet à portée de main sur lequel la volonté personnelle est presque sans entraves. La profondeur de la peau est hospitalière à toutes les significations. Ces transformations traduisent la nécessité de compléter par une initiative propre un corps insuffisant en lui-même à incarner un sentiment d'existence propice. Le corps devient la prothèse d'un moi éternellement en quête d'une incarnation provisoire pour assurer une trace significative de soi. La formidable banalisation sociale des tatouages ou des piercings ces dernières années aussi bien pour les hommes que pour les femmes témoigne abondamment de cette volonté de signer son corps, de se l'approprier pour devenir enfin soi (Le Breton, 2002). Le corps n'accède à une valeur significative qu'après avoir été travaillé en profondeur et en surface. Il y a quelques années Richard Sennett parlait d'une éthique protestante des temps modernes » pour qualifier

l'hédonisme naissant dans les années soixante-dix. Aujourd'hui ce souci de façonner un corps « présentable » en suivant une discipline rigoureuse renchérit encore sur cette posture (Sennett, 1979, 269). Le corps devient en effet une voie de salut, un lieu d'expérimentation pour soi visant à transformer le rapport au monde, à multiplier les sensations de soi.

Il convient cependant de pointer l'ambivalence de nos sociétés au regard du corps. Car si une partie de la population est hantée par le souci de changer son corps pour en faire un objet à soi, nombre de nos contemporains s'épanouissent en faisant bien corps à leur existence. L'engouement pour la marche (Le Breton, 2000) ou le vélo (Tronchet, 2000) est révélateur d'une résistance sociale aux mots d'ordre consuméristes autour d'un corps revu et corrigé par les offres du marché.

#### Bibliographie

- David Le Breton, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Paris, Métailié, 2006.  
 David Le Breton, *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 2003.  
 David Le Breton, *Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles*, Paris, Métailié, 2002.  
 David Le Breton, *Eloge de la marche*, Paris, Métailié, 2000.  
 David Le Breton, *L'Adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999.  
 Harrison Pope, Katharine Phillips, Roberto Olivardia, *The Adonis complex. Crisis of male body obsession*, London, Simon & Schuster, 2000.  
 Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979,  
 Didier Tronchet, *Petit traité de vélosophie. Le monde vu de ma selle*, Paris, Plon, 2000.

## ■ Le corps dans tous ses états

Elie ATTIAS

Pneumo-Allergologue - Toulouse

De nombreuses données soulignent toute la difficulté qu'il y a à définir le corps et son statut.

Pour le Larousse et le Robert, « Le corps humain est l'organisme de l'homme, le siège de la vie organique, par opposition à l'esprit, à l'âme qui anime le corps. On parle de *corps propre*, comme l'ensemble des rapports que le sujet vit et entretient avec lui et de *corps mortel* par rapport à l'âme immortelle<sup>1</sup> ».

Pour l'opinion commune, le corps humain est présenté comme une donnée biologique, une transmission génétique des parents qui s'exprime lors de la naissance. L'idée que le corps puisse être le résultat d'un travail social n'est pas une donnée immédiate de la conscience. C'est l'ethnologue qui développe cette idée.

1. Dictionnaires Larousse et Le Robert.

L'idée occidentale conçoit le corps humain comme « une totalité autonome<sup>2</sup> » dont la réalité matérielle doit être pensée indépendamment des représentations sociales. L'équipe d'anthropologues dirigée par Stéphane Breton montre<sup>3</sup> qu'aucune société ne fait du corps une « chose privée », un objet strictement individuel. Le corps est compris par différents peuples comme un produit semi-fini qu'il faudrait achever : il est l'objet d'un travail, d'une « fabrication », le résultat de son insertion dans l'espace social. Par le corps, l'individu noue une relation avec « quelque chose qui n'est pas soi » et qui change selon les cultures. D'où, l'extrême variabilité des conceptions du corps que nous retrouvons, selon les sociétés, dans les productions rituelles, sociales et artistiques.

Chaque culture comporte un ensemble systématique de pratiques corporelles diverses et multiples qui sont « une expression parmi d'autres de la diversité des pratiques culturelles intériorisées par tous les individus d'un même groupe au cours de leur prime éducation<sup>4</sup>. » C'est ainsi que le corps devient le lieu et l'instrument d'utilisation de plusieurs systèmes de signes qui le conditionnent, le façonnent, le donnent à voir, à entendre, à sentir... : « signes du langage avec la voix et ses intonations expressives et signifiantes ; signes gestuels et comportementaux ; attitudes corporelles ; signes cosmétiques ; signes vestimentaires ; signes extérieurs indiquant les conditions sociales, signifiant des règles institutionnelles ; signes de politesse, de rituels d'attitudes, d'étiquettes expressives de sentiments liés aux rôles et aux positions sociales, signifiant des règles institutionnelles ; signes de l'art, dont le corps peut être la surface d'inscription, le véhicule et l'instrument<sup>5</sup> ».

Marcel Mauss est l'un des premiers sociologues à avoir noté comment varient, en fonction de l'éducation reçue, les manières dont le corps se meut dans ses gestes quotidiens : la marche, l'absorption alimentaire, les relations sexuelles, etc... Il a montré, comme d'autres ethnologues après lui, combien ces postures et ces dispositifs gestuels sont loin d'être « naturels » : ainsi, la position assise est pratiquement inconnue dans de nombreuses sociétés, au bénéfice de la position accroupie ; dans certaines sociétés, les femmes peuvent se tenir debout pour enfanter<sup>6</sup>.

Le rapport de la mère à son jeune enfant joue un rôle important dans la question des techniques du corps. On peut ainsi, par ce biais, expliquer les différences, dans l'ordre du psychisme, entre les individus élevés au sein des sociétés traditionnelles et ceux dont l'éducation a été façonnée par la culture européenne. Dans les sociétés traditionnelles, la mère porte en permanence, jusqu'à son sevrage, vers la deuxième ou la troisième année, le nourrisson sur son dos. L'intense intimité physique vécue par ce nourrisson avec le corps de sa mère

modifie fortement son vécu individuel. C'est ainsi qu'on a pu noter, en Afrique, la rareté de certains troubles psychiques tels que la mélancolie, tandis que l'on constate, au contraire, une fréquence élevée d'autres syndromes tels que les interprétations persécutives ou les plaintes hypochondriaques.

Dans les sociétés traditionnelles, la maladie n'est presque jamais attribuée à une cause endogène mais pourrait relever d'une série de causes extérieures, une manière de concevoir le corps comme « étant dépourvu d'autonomie propre, ne formant pas une totalité biogico-psychique<sup>7</sup>. »

Si les représentations anatomiques varient sensiblement selon les sociétés et sont, elles aussi, socialement codées, il en va de même de la surface externe du corps humain où nous retrouvons une pensée universelle de la « conformité corporelle », qui sépare le normal de l'anormal. C'est ainsi que de nombreuses sociétés pratiquent le marquage ethnique afin de différencier les « membres » du groupe des « autres » : tatouages et scarifications dans les sociétés africaines, peintures corporelles dans les sociétés sud-américaines, etc... Un autre système de marquage pourrait à l'intérieur d'une même société, distinguer les individus et leurs statuts, souligner leur différenciation sexuelle ou leur appartenance à une classe d'âge<sup>8</sup>.

Alors que dans la culture occidentale, le débat s'agit autour de deux pensées philosophiques quand il s'agit du corps, la cartésienne avec sa perspective dualiste qui seule permet de concevoir des relations de causalité entre psyché et soma, et l'aristotélicienne fondée sur une conception plus unitaire de la vie et de l'âme comme forme du corps organisé<sup>9</sup>, d'autres traditions parlent du corps comme un « être matériel » qui devient « être humain » lorsqu'il est capable de culture, d'esprit et de raison et qu'il se hausse à la parole et au dialogue dans sa relation avec l'autre, à entendre sa demande à y répondre.... Le débat n'est pas clos !

### **Le souci du corps : libération ou aliénation**

Depuis les trois dernières décennies, le corps n'a jamais été si entouré de soins et d'affection. On lui témoigne une admiration passionnée et on l'affiche, on le montre sans ménagement. Certains voient dans leur corps le

2. Nicole Sindzingre. *Encyclopaedia Universalis*, corpus 6.

3. Exposition d'anthropologie « qu'est-ce qu'un corps ? » Musée quai Branly-Paris.

4. Luc Boltanski, *Encyclopaedia Universalis*, corpus 6.

5. Louis Marin *Encyclopaedia Universalis*, corpus 6.

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

8. Nicole Sindzingre. *Encyclopaedia Universalis*, corpus 6.

9. Monique David-Ménard, *Le corps*, *Encyclopaedia Universalis*.

projet d'une vie, l'instrument d'une nouvelle liberté. En effet, la libération du corps est devenue l'outil privilégié de l'épanouissement personnel au sein d'une société où, de plus en plus d'individus se sentent isolés et solitaires. « Chacun espère désormais trouver dans et par son corps une thérapie pour soigner les maladies de son existence : stress, fatigue, dépression, angoisse, solitude », écrit Bernard Andrieu dans l'introduction au *Dictionnaire du corps*.

Les activités liées aux soins du corps pèsent lourd dans l'économie et représentent près de 10% du PIB en France. « En 2005, ne pas prendre soin de soi est perçu comme une faute » estime Pascale Weil, directrice associée de Publicis. 13 millions de français pratiquent la gymnastique, la musculation ou la danse dont 2 millions en salle ; 67% des français sont prêts à dépenser plus pour une alimentation qui fait du bien à leur corps sans négliger l'hygiène, la beauté et l'esthétique. Environ 450.000 actes de médecine esthétique ont été recensés en France en 2005, le double des actes de chirurgie esthétique, et près de 30% de plus qu'en 2004, indique le syndicat national des médecins esthétiques<sup>10</sup>.

Le travail, même le plus intellectuel, est plus productif si la bonne santé de ses acteurs y contribue. Dans les pays riches, les habitants vivent mieux, surtout les plus aisés, du moins dans une certaine mesure, car si la richesse améliore l'état de santé, elle crée aussi ses propres maux : la sédentarité, la pollution, le tabac et l'alcool qui expliquent à eux seuls 110.000 décès annuels en France, 180.000 décès par maladies cardiovasculaires dues en partie à une mauvaise hygiène de vie, plus 20% de décès par cancers entre 1980 et 2000 et plus 75% de troubles musculo-squelettiques entre 1999 et 2002. Même si le travail est de moins en moins physique, et que certaines maladies professionnelles ont disparu grâce au développement des politiques de prévention, il met le corps à rude épreuve. Car, depuis les années 1980, les conditions de travail sont devenues plus dures. Un peu plus du quart des salariés doivent manipuler des charges dans le cadre de leur emploi. « L'intensification de la concurrence internationale est à l'origine d'une accélération des cadences de travail et d'une mise sous tension des salariés », explique Thomas Coutrot. L'homme reste trop longtemps assis devant un écran, exerce des gestes répétitifs, adopte des positions pénibles, ce qui multiplie de plus en plus les troubles musculo-squelettiques. Le travail est devenu synonyme de stress, de violence, de harcèlement qui conduisent droit à des dépressions, des problèmes de sommeil, de dépendances à l'alcool, aux tranquillisants et autres antidépresseurs<sup>11</sup>.

Cette libération apparente du corps ne cache-t-elle pas une nouvelle aliénation où la norme règne, ainsi que le suggère M.P. Virard, dans « une société obsédée par le

contrôle, la précaution, le conformisme et rattrapée par la peur panique de la finitude<sup>12</sup> ? »

Aux Etats-Unis, la bonne santé est obligatoire dans une entreprise. Souvent la pression sociale s'en mêle. Certaines firmes refusent déjà d'embaucher des fumeurs. D'autres offrent une prime à ceux qui acceptent de suivre un programme anticholestérol. « Au travail, l'apparence éclipse la compétence<sup>13</sup> » et devient un facteur implicite de sélection à l'embauche et de discrimination dans la progression de carrière. Talleyrand disait : « méfiez-vous de la première impression, c'est souvent la bonne ! » En France, « la question du corps reste un sujet complètement tabou », estime le sociologue Jean-François Amadiou, seule compte la compétence. Pourtant, l'entreprise est un des lieux où l'apparence est la plus codifiée, à commencer par la façon dont on s'habille. Mais rares sont encore les entreprises qui recrutent des corps qui échappent aux « normes », des corps touchés par le handicap, la maladie ou le vieillissement, des facteurs qui peuvent rappeler aux clients leur condition de mortels.

Ainsi « le corps est devenu un bulletin de santé », le miroir de l'individu et de ses qualités, une représentation du moi social, un capital à gérer. Les magazines, la publicité et la télévision contribuent à promouvoir un idéal de beauté inaccessible où même les hommes ne sont pas épargnés. Comme l'écrivait Stendhal, « la beauté est promesse de bonheur ».

Les psychologues ont montré que la beauté était automatiquement associée à l'ouverture, la sympathie, la compétence et pourrait être un atout de carrière. « Quand les compétences sont égales, on recrute la personne avec laquelle on aura plaisir à travailler, qui va vous comprendre au quart de tour et à qui il sera inutile de donner des consignes de bonne tenue parce qu'elle aura reçu la même éducation que vous », explique Christine Manoury-Bette.

Le souci est de se situer dans le regard de l'autre quitte à faire l'impasse sur le réel. « Nous vivons dans la civilisation du regard, souligne David Le Breton. A tout moment, il faut donner à l'autre une image de soi valable, pour être reconnu. » Et de nos jours, « valable » signifie minceur et beauté, santé, performance et conformité, comme le confirme Christine Détrez<sup>14</sup>, « un corps sublimé, le corps des publicités, une représenta-

10. Pascale Weil, directrice associée de Publicis rapporté par *Les Echos*, juillet-août 2006.

11. « Travailler nuit gravement à la santé », *Enjeux-Les Echos* n°226, juillet-août 2006.

12. Marie-Paule Virard . *Les Echos* (Juillet – Août 2006).

13. *Ibid.*

14. professeur à l'ENS lettres et sciences humaines de Lyon.

tion idéale qui contraint le corps réel ». Cette donnée est devenue un atout majeur, le moyen qui permet de réussir son insertion dans la vie sociale.

De nos jours, le sacré devient de moins en moins prégnant ; alors « le corps devient le seul repère auquel on puisse se raccrocher. Grâce à lui, on trouve ses marques. Il assume désormais une fonction d'assurance, confirme l'anthropologue David Le Breton, et certains trouvent, à juste titre, une jubilation, un épanouissement personnel dans la transformation de soi... Il ne faut donc pas mécontenter la part de bonheur de ceux qui s'adonnent au bodybuilding ou à la chirurgie esthétique. »

Le corps et le sport sont devenus un phénomène social majeur et occupent une place prépondérante dans la vie quotidienne des citoyens. L'idée que le « sport » exerce une influence bénéfique sur la santé est aujourd'hui bien implantée. Une véritable pression sociale pousse alors à faire de l'exercice physique, notamment aux Etats-Unis, et pour appuyer cette norme de conduite, une argumentation médicale est avancée. Elle n'est jamais démontrée scientifiquement, mais elle résiste à tous les démentis. La santé est le fruit d'une *mesure*, souvent contestée en pratique par le sport de haut niveau, en quête, lui, de *dém mesure*. « Il est certain que le sport pratiqué de façon intensive et/ou sans la moindre surveillance n'est pas dénué de danger. A l'inverse, tous les indicateurs de santé permettent de souligner l'effet particulièrement néfaste de la sédentarité rappelle le professeur Daniel Rivière<sup>15</sup>. » L'individu moderne existe par sa performance sociale, sportive et scolaire. Le corps devient « le territoire d'un impératif culturel<sup>16</sup> » : l'amélioration de l'humain. Le sport n'échappe pas à cette optimisation de l'humain à travers les performances dont le corps est sollicité. On mesure alors les difficultés de notre société moderne à concevoir la limite. C'est ainsi que les sportifs de haut niveau n'ont qu'une idée en tête : repousser sans cesse un peu plus loin les limites du corps et de la technique, au risque de basculer dans la *dém mesure*.

« Tout cela n'est pas nouveau. De tout temps, le corps a été le reflet des codes et des valeurs de la société. Mais la nouveauté est qu'il se double désormais d'un jugement moral », souligne Christine Détrez. Comme si l'on considérait ceux qui ont la volonté de maîtriser leur corps et les autres, « la volonté étant ce qui permet à l'individu, par le contrôle de son corps, de montrer aux autres sa "valeur" sociale et morale ; le piège est de présenter sans cesse l'idéal comme quelque chose que l'on pourrait atteindre..., et l'on peut vite entrer dans des comportements d'excès, voire d'addiction<sup>17</sup> » analyse Michela Marzano<sup>18</sup>.

Mais, face à une population vieillissante qui ne va cesser de croître, la publicité commence à évoluer. La min-

ceur et la beauté ne sont plus les seuls canons imposés. Aux Etats-Unis, en 2020, les plus de 50 ans disposeront d'un pouvoir d'achat par tête 2,5 fois supérieur à la moyenne nationale. Du coup, l'image du corps véhiculée par la publicité et les médias commence doucement à évoluer. Le message : l'estime de soi ne passe pas par l'inféodation à un modèle de beauté.

## Le corps, la médecine et la bioéthique

### *Le corps restauré*

Plusieurs organes sont aujourd'hui « réparables ». Des implants, des prothèses et des greffes sont actuellement disponibles. Chaque année, on pratique en France, 3000 greffes de rein, 1000 greffes de foie et 339 greffes de cœur<sup>19</sup>.

La biologie cellulaire permettra, un jour, à l'homme de s'autoréparer, en particulier à partir des cellules souches embryonnaires, limitant ainsi les problèmes éthiques et psychologiques associés aux dons d'organes, les risques de rejet qui nécessitent, en permanence, de lourds traitements. C'est ainsi que la greffe de cellules adultes de moelle osseuse est devenue un traitement courant des leucémies. Les essais cliniques se multiplient pour réparer d'autres organes. Mais le développement à grande échelle de ces thérapies reste lointain. Pour Marie-Odile Ott, spécialiste des cellules souches de l'Agence de biomédecine, « elles permettront avant tout à l'industrie pharmaceutique de tester des médicaments et d'identifier de nouvelles cibles ».

La France a franchi un pas supplémentaire avec la loi de bioéthique du 8 juillet 2004 qui autorise, sous certaines conditions, la conception de « bébés-médicaments ». Ce terme est contesté. On parle de « bébés du double espoir ». Il n'y a pas de manipulation génétique mais uniquement une sélection d'ovocyte « saint », non pour éliminer certaines maladies, mais pour leur compatibilité avec un frère ou une sœur atteints d'une maladie incurable afin de le soigner. Ainsi la loi permet de rechercher, en plus de la présence de la maladie, les embryons saints dont le type cellulaire est le plus proche de l'enfant malade déjà né, de sorte qu'à la naissance du deuxième enfant, on pourra prélever sur son cordon ombilical des cellules qui serviront de base de

15. Daniel Rivière, Le sport est-il dangereux pour la santé, *Revue Médecine et Culture* numéro 3.

16. L'expression est d'André Rauch, exposé liminaire de la soutenance de thèse, 6 février 1981.

17. Michela Marzano, *Penser le corps*, PUF. 2002.

18. Philosophe du CNRS.

19. Florence Bauchard, *Enjeux-Les Echos* n° 226, juillet-août 2006

traitement pour son grand frère malade. Le premier bébé ainsi conçu, Adam, est né dans le Colorado en 2000 : un prélèvement de cellules sur son cordon ombilical a permis de sauver sa sœur aînée atteinte d'une maladie hématologique grave. Aucun, dans cette optique, n'est encore né en France.

Or, cette pratique a ouvert un nouveau champ de questions éthiques : n'est-il pas condamnable d'instrumentaliser ainsi un être humain ? Quel sens pourra donner cet enfant à naître s'il comprend qu'il est plutôt né pour être utile ? Quelle relation aura-t-il avec son frère ou sa sœur qu'il a sauvé ? Le Comité consultatif national d'éthique a tranché, considérant qu'elle n'était admissible que si l'enfant à naître était conçu d'abord pour lui-même, que les parents avaient déjà le désir d'avoir un autre enfant en bonne santé et seulement en second lieu pour sauver un aîné.

Quelle sera la prochaine étape ? Il sera possible un jour d'intervenir sur les gènes de l'embryon afin de traiter des anomalies chromosomiques, avant ou pendant la grossesse estime le professeur Bernard Debré.<sup>20</sup> Il pense que, si le clonage reproductif doit être interdit, le clonage thérapeutique reste l'une des grandes inventions du XX<sup>e</sup> siècle car elle permettra un jour, de trouver une piste de traitement pour des maladies jusqu'alors incurables (Alzheimer, diabète, Parkinson...) et à chacun, de réparer ses organes défaillants. On sauvera ainsi un nombre considérable de malades. D'ailleurs, on effectue déjà des réparations par les greffes d'organes. Avec le clonage thérapeutique, on ne sera plus confronté au risque de rejet. Mais n'oublions pas que, dans ce domaine, le mythe de l'apprenti sorcier n'est jamais très loin et qu'il pourrait bien devenir un jour une réalité inacceptable.

### *Le corps fabriqué*<sup>21</sup>

En 2002, 50000 fécondations in vitro ont été réalisées en France, donnant naissance à 12000 enfants et 45000 inséminations artificielles donnant 4500 naissances.

Les conditions de l'assistance médicale à la procréation (AMP) sont extrêmement encadrées. Selon les lois de bioéthique de 1994 et de 2004, elle est réservée aux couples, mariés ou vivant ensemble depuis au moins deux ans, en âge de procréer. Le don de spermatozoïdes et d'ovules est anonyme et gratuit. Le recours à une « mère porteuse » est interdit. Le docteur François Thépot, de l'Agence de biomédecine, rappelle que la position française se rapproche de celles de la Grande-Bretagne, des Pays-Bas ou de Danemark : « considérée comme un traitement contre l'infertilité, l'AMP doit être accessible à tous et remboursée par la sécurité sociale. Elle ne saurait devenir un nouveau mode de procréation. »

Si la France proscrie le « bébé sur mesure », elle n'échappe pas à la recherche du bébé « zéro défaut ». Avec l'échographie et l'amniocentèse, le diagnostic prénatal s'est généralisé, soulevant son lot de questions éthiques. Depuis 1999, le tri d'embryons qui permet de détecter des maladies génétiques graves et incurables, comme la mucoviscidose ou la myopathie, est autorisé. Le premier bébé français, Valentin, issu d'une sélection génétique, est né en 2000, suivi depuis, par 600 autres : un diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) est effectué sur les embryons obtenus par fécondation in vitro (FIV) ; on sélectionne ainsi l'œuf sain, indemne de la maladie génétique ou chromosomique dont les parents sont porteurs et on le réimplante dans l'utérus maternel.

La loi encadre strictement le processus : le DPI, qui ne peut être engagé sans le consentement écrit des parents, est réservé aux maladies génétiques d'une « particulière gravité, reconnues comme incurables au moment du diagnostic ». Il doit être autorisé au cas par cas et ne peut rechercher autre chose que l'affection décelée chez les parents. Ces précautions expliquent le faible nombre de DPI pratiqués en France : selon l'Agence de la biomédecine, 34 enfants sont nés, en 2004, après DPI. Loin d'être immoral, le DPI permet, chaque fois qu'il a lieu, d'éviter les interruptions médicales de grossesse.

Les couples qui consultent pour un DPI sont dans une grande souffrance et ont été le plus souvent confrontés à la maladie ou à la mort d'un enfant et ont parfois subi des interruptions médicales de grossesse tardives dont ils se sentent le plus souvent culpabilisés et atteints psychologiquement. Car, avant l'existence du DPI, il était proposé aux couples porteurs d'une anomalie héréditaire, un diagnostic prénatal qui consistait à faire un test sur l'embryon et, s'il était atteint, le couple pouvait avoir recours à une interruption médicale de grossesse. Il convient de rappeler que « la loi autorise une interruption médicale de grossesse en cas d'anomalies d'une particulière gravité, incurables au moment du diagnostic ». Mais cette solution est très douloureuse et certaines femmes sont totalement détruites par ces avortements tardifs.

Autorisé par la loi bioéthique de 1994, le DPI est contesté par l'Eglise catholique au nom du refus de l'eugénisme. Les patients comprennent mal cette polémique car ils veulent éviter d'avoir un enfant atteint d'une maladie dont il mourrait au bout d'un temps très court et dans la souffrance.

Selon le professeur Israël Nisand, professeur de gynécologie obstétrique au CHU de Starsbourg<sup>22</sup>, « le terme

20. Bernard Debré, *La revanche du serpent ou la fin de l'homo sapiens*, Le cherche midi, 2005.

21. Anne Feitz, *Enjeux-Les Echos* n° 226, juillet-août 2006 ; Anne Chemin, *Polémique dans une éprouvette*, Le Monde 8.12.2006.

*d'eugénisme est tellement polyvalent qu'au lieu de faire avancer le débat, il le fait régresser. Il évoque la médecine nazie qui n'a pas grand chose à voir, faut-il le préciser, avec le DPI... Les programmes nazis étaient coercitifs, ils étaient assis sur des fondements scientifiques absurdes et ils avaient pour objectif d'améliorer la race aryenne : quel rapport avec le DPI, qui a simplement pour but d'éviter la naissance d'enfants atteints d'une maladie incurable d'une extrême gravité ? »*

Axel Kahn, médecin et généticien, membre du Comité consultatif national d'éthique et Bernard Debré<sup>23</sup>, député de Paris et chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin trouvent légitime le diagnostic préimplantaire (DPI) qui permet de sélectionner les embryons non porteurs d'une maladie génétique, mais condamnent son utilisation pour des critères non pathologiques comme le choix du sexe.

Le généticien Jacques Testar prévient que le DPI, une technique, ô combien légitime, va progressivement, se muer en un véritable "système d'épuration génétique", éliminer les mauvais gènes et commander les meilleurs : « Certains chercheurs, politiciens ou industriels agitent l'épouvantail du clonage reproductif pour cacher un danger beaucoup plus préoccupant, le tri d'embryons. Cette technique, peu "spectaculaire", qui n'intéresse pas les médias et que j'analyse, pourtant, depuis vingt ans, ouvre la porte à l'eugénisme. Qui ne souhaiterait pas un génome parfait pour son enfant ? Aujourd'hui, en France, on en est encore assez bien protégé, puisque le DPI est limité aux "pathologies particulièrement graves". »

Le problème est de définir le degré de gravité. Mais la tentation d'accéder vers d'autres demandes qui s'écartent des normes définies a déjà commencé et il est peut-être déjà trop tard pour stopper le mouvement.

En cherchant à combattre l'infertilité, la science a aussi aidé l'homme à réaliser un vieux rêve : maîtriser la création du corps humain. Le choix du sexe, sans raison médicale, n'est qu'un exemple parmi d'autres. Le tri d'embryons consiste à analyser le sexe des embryons obtenus lors d'une FIV et à ne réimplanter que les embryons du sexe souhaité. Depuis 1989, le gynécologue italien, Severino Antinori, a permis à plusieurs centaines de femmes ménopausées d'avoir un enfant.

Il y a une trentaine d'années que les Américains peuvent feuilleter les catalogues de banque de sperme et choisir un donneur en fonction de la couleur de sa peau, de son niveau d'étude.... Depuis 1997, ils peuvent aussi adopter des embryons et déjà, sur le Net, on peut acheter le sperme ou l'ovule "idéal". En France, nous sommes en situation de pénurie puisque, seul le don est autorisé. Face à la demande de plus en plus croissante, on ne peut pas empêcher certaines françaises stériles de s'expatrier dans des pays aux législations plus souples

et voir ainsi les dérives commerciales se multiplier.

Ceux qui s'opposent à toute forme d'intervention humaine en matière de procréation jugent ces pratiques condamnables. Et voici ce que dénonce Jacques Testar : « *Le business a déjà commencé et l'on est entré de plein-pied dans l'offre et la demande du bébé sur commande ; même s'il n'y aura jamais d'enfants parfaits, on va, en revanche, tendre vers la "perfection" génétique de l'individu, rejeter tout ce qui ne correspond pas à la norme. On va fabriquer de l'humain vers un profil type, en subissant les pressions de la médecine. C'est le début du racisme du gène !* »

Henri Atlan, biologiste et philosophe, directeur d'étude à l'EHESS, s'est pris à « rêver » de l'utérus artificiel qui pourrait prendre en charge les neuf mois de grossesse, un bébé sans accouchement, une gestation de l'enfant en dehors du corps de la mère<sup>24</sup>. Après fécondation *in vitro*, les embryons pourraient être "plongés" dans des utérus artificiels, remplis d'un liquide amniotique de synthèse, reliés à des machines placentaires qui leur fourniraient pendant neuf mois les hormones et les nutriments indispensables à leur développement. C'est surtout aux conséquences d'une telle avancée technique que le philosophe a souhaité réfléchir : « elle prolongera le processus de dissociation entre procréation et sexualité, déjà largement entamé avec l'assistance médicale à la procréation. L'évitement de la grossesse par les femmes qui le désireront installera une symétrie inédite entre hommes et femmes : la maternité deviendra très proche de la paternité. »

Ces technologies d'avenir, même si elles relèvent aujourd'hui de la science-fiction, promettent le meilleur comme le pire. Si les tests génétiques constituent un formidable outil lorsqu'ils permettent de guérir une maladie, l'homme résistera-t-il à l'envie de jouer à l'apprenti sorcier pour avoir des enfants plus intelligents ou plus sportifs ? Une fois la technique du clonage reproductif mise au point, même s'il est actuellement unanimement condamné, l'homme ne sera-t-il pas tenté de redonner vie à un parent disparu ? Les êtres clonés seront-ils considérés comme des êtres humains à part entière ? Comment vivront-ils leur rapport à leur identité ? De nombreuses questions inquiètent déjà les esprits avisés car la marchandisation du vivant et ses dérives sont un réel danger. Déjà, l'intérêt qu'ils suscitent auprès des assureurs et des banquiers peut constituer un réel sujet de préoccupation. Claude Sureau, président honoraire de l'Académie de médecine et membre du Comité consultatif national d'éthique, affiche une proposition plus modérée : « Aux

22. Propos recueillis par Anne Chemin, Le Monde 8.12.2006.

23. Bernard Debré, *La revanche du serpent ou la Fin de l'homme sapiens*. Editions du Cherche-Midi.

24. Henri Atlan, *L'Utérus artificiel*, Seuil, 2005.

Etats-Unis, où tout est permis à qui en a les moyens, on assiste à une dérive consumériste pour des raisons purement mercantiles. Pour autant, il ne faut pas avoir peur de la science qui a considérablement amélioré les conditions de naissance. La limite doit être le respect de l'être humain <sup>25</sup>». Mais, face à toutes les dérives, le temps est au débat et aux prises de position scientifiques, politiques et citoyennes.

### Est-on propriétaire de son corps ?

« La question de ses origines et de son devenir reste une des plus grandes énigmes scientifiques de l'homme et, depuis l'Antiquité, les savants s'écharpent à son sujet<sup>26</sup> », sans qu'aucun progrès scientifique, aucun dogme religieux ni aucune philosophie n'aient réussi à établir la vérité. Depuis un siècle et demi, la polémique ne cesse de rebondir entre créationnistes et darwinistes et au sein même de la communauté des scientifiques évolutionnistes.

Le débat divise encore aujourd'hui les Etats-Unis, où 51% des Américains croient que « Dieu a créé les espèces, que l'homme est un être particulier doté d'une dimension morale, dirigé par une puissance supérieure, alors que la science a montré comment l'homme était biologiquement déterminé par son environnement et ses gènes ».

Aucun texte en France ne définit le début de la vie humaine, contrairement au Royaume-Uni où on l'a situé au quatorzième jour de l'embryon lorsque se forment les premières cellules du cerveau. Mais le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) définit l'embryon et le fœtus comme une « personne humaine potentielle » à laquelle on doit le respect. « Ce qui est "en puissance" dans l'embryon humain (...), c'est inséparablement le destin d'un être singulier et une part d'avenir de l'humanité elle-même » (rapport éthique, 1986). La personne humaine apparaît légalement à la naissance. La frontière entre la vie et la mort est plus nette : selon la loi, la mort survient lors de l'arrêt de l'activité du cerveau, celle-ci étant irréversible – ce qui n'est pas le cas d'un arrêt de la respiration. « Cette définition reconnaît la vie intérieure de la personne » souligne le médecin Jean-Claude Ameisen<sup>27</sup>, membre du CCNE. Après la mort cérébrale, si la personne continue de respirer – souvent artificiellement -, on parle de vie biologique et non plus de vie humaine.

Par souci de protéger les individus de la marchandisation de leur corps, la bioéthique, en France, est construite sur ce postulat : « le corps des français appartient à Dieu (ou à l'Etat), ceux-ci n'en ayant que l'usufruit », et encore... D'où la gratuité des dons d'organe ou de cellules, l'interdiction de prestations corporelles (mère porteuse) ou leur strict encadrement (prostitution) et les tabous qui entourent la mort (euthanasie)<sup>28</sup>. « En droit français, (art.16 du Code civil), je suis mon

corps, il n'est pas ma propriété, il est moi, rappelle Anne Fagot-Largeau<sup>29</sup>. Au nom du principe de la dignité humaine, le corps est ainsi confié, en France, au double pouvoir, de la médecine et de l'État. D'où, la notion d'indisponibilité : je ne peux pas disposer de mon corps comme je veux, les cas de mise à disposition sont strictement limités par la loi, et là où le don est autorisé, la vente est interdite ». Seulement, depuis quelques années, les Français transgressent ces interdits, comme s'ils manifestaient ainsi leur volonté de se réapproprier leur corps, surtout à des moments importants de leur existence : la naissance, la sexualité et la mort.

Pour Anne Fagot-Largeau, « les citoyens s'approprient désormais l'éthique ». Si la conception « américaine » privilégie l'autonomie des individus, en France, on défend l'ordre public et la protection des personnes, comme l'écrit le philosophe Jean Paul Amann<sup>30</sup> : « aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne prime un principe éthique de respect des personnes qui est avant tout un principe de respect de l'autonomie individuelle. »

C'est ainsi que la réalité du corps s'est imposée aux pouvoirs médical et religio-laïque pour figurer dans les lois de bioéthiques de 1994, révisées en 2004. Ce que relève Jean-Pierre Baud : « le corps est assimilé à la personne qui n'en est pas pour autant propriétaire. » Mais pour protéger efficacement les individus d'éventuelles spoliations et exploitations, la solution serait « d'attribuer au corps et à ses produits le statut juridique de chose, par opposition à celui de personne, et de placer ces 'choses' hors commerce. »

Cela étant, la France fait des progrès . « Sans céder à la pression, précise Pierre-Louis Fagniez<sup>31</sup>, elle adapte ses principes et ses valeurs aux décisions qui touchent au corps humain. » En témoigne la récente loi sur la fin de vie qui adoucit le code pénal. Cette loi de 2005, comme celle des droits des malades en 2002, offre plus d'espace aux individus pour, sinon décider par eux-mêmes, au moins participer activement à la prise de décision.

25. Claude Sureau, *Son nom est personne. Avant de naître, l'enfant est-il une chose, un amas de cellules ou un patient ?*, Albin Michel, 2005.

26. Laurence Bagot, *Enjeux-Les Echos* n° 226, juillet-août 2006.

27. Jean-Claude Ameisen, *Qu'est-ce que mourir ? (collectif Le Pomier). La Sculpture du vivant (Points/Seuil).*

28. Pascale-Marie Deschamps, *Enjeux-Les Echos* n° 226, juillet-août 2006.

29. Bioéthicienne, professeur au Collège de France.

30. Jean Paul Amann, « *Bioéthique et philosophie à la française* », *La revue Tocqueville*.

31. Député, rapporteur au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi, modifié par le Sénat, relatif à la bioéthique.

## ■ Approche philosophique du corps

**Dr Ruth TOLÉDANO-ATTIAS**

Dr en chirurgie dentaire - Toulouse  
Dr en Lettres et Sciences humaines.

Qu'elle soit descriptive, anatomique, intellectuelle ou psychologique, l'existence du corps est l'expérience primordiale de tout individu bien que certaines conceptions philosophiques ou religieuses, à un moment historique donné, aient fait des « tentatives pour s'en séparer », en rechercher la maîtrise, en calculer les aléas et les disparités, le rendre responsable de tous les mauvais penchants au point de concevoir certaines doctrines qui le tiennent, soi-disant, loin de soi afin qu'il ne souille pas son âme intellectuelle ou sa pensée.

**Platon :** le corps du *Phédon* : le moment puritain :

Dans le dialogue platonicien *le Phédon*, appelé également moment puritain, on voit Socrate, condamné à mort par la *Boulè*<sup>32</sup>, dans la prison, avant d'avalier la ciguë, mener une réflexion sur l'analogie entre l'acte de philosopher et la « déliaison de l'âme et du corps ». Selon lui, le philosophe devrait rechercher cette « déliaison ».

En quoi la « déliaison » est-elle un acte philosophique ? Il convient de se souvenir de la tripartition de l'âme correspondant aux différents étages du corps. Ainsi, le corps conçu comme étant le siège des passions, des désirs et des affects, peut représenter un obstacle pour l'âme assimilée à la pensée rationnelle, afin de se livrer à l'activité intellectuelle qui la caractérise en propre. Dans ce cas, le corps est donc conçu comme le « tombeau de l'âme » car il la distrait de la seule tâche noble qui consiste à s'élever jusqu'à la sphère noétique (*noësis* ou activité théorétique). L'âme conçue comme pensée rationnelle doit poursuivre sa progression vers l'activité intellectuelle, sans se laisser guider par ses penchants corporels.

C'est cette idée que reprendra Montaigne au XVI<sup>e</sup> siècle en déclarant « que philosopher, c'est apprendre à mourir<sup>33</sup> », autrement dit à opérer la déliaison entre le corps sensible et la pensée rationnelle.

L'éducation du corps et de la pensée orientée vers l'excellence :

Mais ce moment puritain ne constitue pas toute la pensée de Platon concernant le corps. Dans d'autres dialogues importants, notamment dans *République* ou les *Lois*, il mettra l'accent sur la recherche du « beau et du bon » (*kalos et agathos*) dans la *païdéia* ou éducation guidée par la recherche des *arètè* ou excellences dans le développement du corps et des qualités morales et intellectuelles. Certes la dualité de l'âme et du corps est affirmée mais le corps n'est plus le « tombeau » de l'âme.

**Aristote** reprendra les idées de son maître sur le développement harmonieux dans l'éducation des enfants mais il se démarquera du caractère « puritain » de la conception platonicienne du *Phédon* en introduisant une nouvelle notion de l'âme en tant que « principe de la vie ». L'approche aristotélicienne confirme la dualité de l'âme et du corps mais elle en diffère dans la mesure où l'âme, « *anima* », est le principe qui « anime » le corps et lui donne vie. Elle se situe à un niveau plus pragmatique car elle découle, chez le philosophe, de l'observation du vivant :

« Mais l'âme est, pour le corps vivant, cause et principe. (...) Or l'être, pour les vivants, c'est la vie. Et ce qui en est responsable, leur principe, c'est l'âme. De plus, l'expression de ce qui est potentiellement, c'est la réalisation<sup>34</sup> ».

La conception aristotélicienne se retrouve dans un grand nombre d'œuvres du philosophe, les *métaphysiques* et les *politiques*.

« Le vivant est d'abord composé d'une âme et d'un corps, celle-là étant par nature la partie qui commande, celui-ci celle qui est commandée<sup>35</sup> »

Les désirs et les passions ne sont plus chargés négativement car ils peuvent contribuer à la recherche des *arètè* (excellences). Le corps est mortel, il est soumis au principe de « génération et corruption » mais il n'est plus considéré comme le « tombeau de l'âme », il est animé par l'âme. L'âme définit la « caractéristique du vivant ». Ce qui est sous-jacent à la pensée d'Aristote, c'est la notion de mouvement, d'élan, de dynamique (*dunamis*). Le corps ne peut exister sans l'âme :

« Mais on sait que l'âme se définit couramment par deux traits distinctifs principaux : le mouvement qui est déplacement, et la pensée, le discernement et la sensation<sup>36</sup> ».

On est loin ici de la conception du *Phédon*, de l'effort que devait fournir le philosophe pour « bien penser », d'accomplir la « déliaison de l'âme et du corps » ; autrement dit, qu'aucun affect ou désir ou passion ne viennent parasiter l'élévation vers l'*idée* platonicienne.

Aristote donne toujours des exemples pour mieux expliciter sa conception ; son raisonnement s'impose car il est fondé sur l'observation :

32. *Boulè* : parlement de la cité athénienne, réservé aux seuls citoyens libres d'Athènes.

33. Montaigne, *Les essais*, livre I, chap.19.

34. Aristote, *De anima (de l'âme)*, traduction Richard Bodéüs, GF-Flammarion 711, 1993, 414a, p. 153. La notion de « réalisation » ou d'accomplissement qui traduit le terme d'*entéléchie* est une notion déterminante chez Aristote.

35. Aristote, *Les politiques*, traduction Pierre Pellegrin, GF-Flammarion 490, 1254a, I, 5, p. 100.

36. Aristote, *De l'âme, ibid*, 427a, p. 213.



« Un cadavre a aussi la même forme extérieure et néanmoins, ce n'est pas un homme (...). De même il n'est pas une partie du cadavre qui conserve encore le caractère d'une partie véritable du corps, par exemple l'œil ou la main. Soutenir le contraire est donc par trop simpliste et ressemble au propos d'un menuisier qui parlerait d'une main de bois. (...) On voit que si cette caractéristique est l'âme ou une partie de l'âme, ou quelque chose qui ne peut exister sans l'âme, car c'est un fait que l'âme disparue, l'être vivant n'existe plus et qu'aucune de ses parties ne demeure plus la même, sauf quant à la configuration extérieure comme dans la légende – les êtres changés en pierre – et donc il en est ainsi, il appartiendra au naturaliste de parler de l'âme et d'en avoir la connaissance, sinon de l'âme toute entière, du moins de cette partie de l'âme qui fait que l'être vivant est ce qu'il est ; il devra savoir ce qu'est l'âme ou cette partie de l'âme et connaître les accidents<sup>37</sup> qui modifient sa substance particulière<sup>38</sup> ».

Chez Aristote, le corps humain doit se comprendre en fonction d'un principe spécifique, « l'âme végétative », puissance interne de développement d'une partie de l'âme produisant la croissance et la reproduction.

Avec les premiers **stoïciens**, on voit s'établir l'union de l'âme et du corps. Le stoïcisme est conçu comme l'art de bien conduire sa vie, en opérant des choix rationnels et réfléchis afin d'aboutir à une ataraxie ou tranquillité de l'âme.

Au seizième siècle, **Montaigne**<sup>39</sup> considère que l'âme est intimement liée au corps et il prétend en avoir fait l'expérience en s'évanouissant : « J'ai senti escouler la vie peu à peu, le sentiment du corps se mêlant à celui de l'âme ». Il faudrait que « le corps soit en mesure de suivre les mouvements de l'âme ». Avec la vieillesse apparaît, chez Montaigne, la notion de « fragilité » liée à un corps défaillant avec lequel l'individu entretient une relation plus étroite tandis que l'esprit dépend de plus en plus des états du corps. Avec la vieillesse, les moments de santé s'apprécient à l'aune de la jouissance de ces moments. Le corps vieux se fait plus présent, plus pressant :

« L'expérience m'a encore appris ceci, que nous nous perdons d'impatience. Les maux ont leur vie et leurs bornes, leur maladie et leur santé ». (...) Le corps a une grande part à notre être, il y tient grand rang [...] Ceux qui veulent dépendre nos deux pièces principales et les séquestrer l'une de l'autre, ils ont tort<sup>40</sup> ».

La vieillesse est un remède contre l'hypertrophie de l'esprit, hypertrophie qui peut mener, selon Montaigne, à un véritable ressentiment contre le corps, voire même à la folie paranoïaque. Au vieillard et à lui seul, il est donné de vivre un rapport équilibré au corps.

« Il faut ordonner à l'âme, non de se tirer à quartier, de s'entretenir à part, de mépriser et d'abandonner le corps (aussi ne le saurait-elle faire que par quelque singerie contrefaite) mais de se rallier à lui, de l'embrasser, le chérir, le contrôler, le conseiller et ramener quand il se fourvoie, l'épouser en somme et lui servir de mari<sup>41</sup> ».

La vieillesse est ainsi l'âge où nous vivons l'intégralité de notre condition d'homme et non seulement une partie tronquée de cette condition.

**Descartes**<sup>42</sup> confirme la dualité de l'âme et du corps puisqu'il conçoit que l'individu est fait de l'union de l'âme et du corps, mais il fait évoluer cette théorie en introduisant une « conception mécaniciste du corps ». C'est encore lui qui a affirmé l'existence de l'*ego*, « Je » est un individu. Le dix-septième siècle est aussi le siècle de Galilée qui a affirmé que la « nature s'écrit en caractères mathématiques » et celui de Descartes qui a mis au point les différentes étapes de la méthode scientifique. Avec la théorie des « animaux-machines », le corps humain vivant est une machine et doit se comprendre d'après un modèle mécanique ; il est conçu comme un complexe mécanique, un « corps-machine ». La machine humaine est construite par Dieu<sup>43</sup>. Les animaux sont des automates agencés par Dieu et sont dépourvus de pensée et de langage car « le parler est le propre de l'homme ».

Dans la *Méditation 6<sup>e</sup>*, il est toujours question de l'union de l'âme et du corps mais la pensée est radicalement distincte du corps, bien qu'elle soit en même temps, unie à lui :

« La nature m'enseigne aussi par ces sentiments de douleur, de faim, de soif, que je ne suis pas seulement logé dans mon corps ainsi qu'un pilote dans son navire ; mais, outre cela, que je lui suis conjoint très étroitement, et tellement confondu et mêlé que je compose comme un seul tout avec lui ».

Dans le *Traité de l'homme*, il explicite sa pensée et l'on voit s'y exprimer le déterminisme cartésien concernant le corps construit par un « Dieu-horloger » :

« Je suppose que le corps n'est autre chose qu'une statue ou une machine de terre que Dieu forme tout exprès, pour la rendre la plus semblable à nous qu'il est possible ; en sorte que, non seulement il lui donne au-dehors la couleur et la figure de tous

37. Chez Aristote, l'*accident* ne fait pas partie de l'*essence* des choses.

38. Aristote, *Métaphysique Delta*.

39. Michel de Montaigne (1533-1592), auteur des *Essais*.

40. Montaigne, *Essais* III, 13, « De l'expérience ».

41. Montaigne, *ibid.*

42. Descartes (1496-1650). Auteur, entre autres, du *Discours de la méthode*, des *Méditations* et du *Traité de l'homme*.

43. *Discours de la méthode*, 5<sup>e</sup> partie.

nos membres, mais aussi qu'il met au-dedans, toutes les pièces qui sont requises pour faire qu'elle marche, qu'elle mange, qu'elle respire et enfin qu'elle imite toutes celles de nos fonctions qui peuvent être imaginées procéder de la matière, et ne dépendre que de la disposition des organes ».

La conception mécaniciste du corps sera reconduite, avec quelques variantes, par les philosophes jusqu'au 19<sup>e</sup> siècle avant que ne s'exprime la primauté du corps existant en tant qu'être-au-monde.

Avec les existentialistes et la **phénoménologie**<sup>44</sup>, il importe de redécouvrir l'existence de l'homme et d'effacer la ligne de partage entre le corps et l'esprit. « Exister » c'est « être au monde » de sorte que « le rapport entre le sujet et l'objet n'est plus ce *rapport de connaissance* dont parlait l'idéalisme<sup>45</sup> classique...mais un *rapport d'être* selon lequel, paradoxalement le sujet *est* son corps, son monde et sa situation, et en quelque sorte, *s'échange*<sup>46</sup> ». L'homme est redevenu un « corps animé » qui vit et comprend mieux la vie en s'assurant en tant qu'être fini donc mortel.

Ici, à l'évidence, on est aux antipodes du sujet religieux monothéiste qui croit en un monde futur et donc que la vie terrestre ne se résout pas définitivement dans la mort.

## ■ Le corps et la mort

**Laurent PIETRA**

Professeur de philosophie

Le corps humain peut être perçu selon deux aspects: l'un naturel, l'autre culturel. Le corps humain résulte certainement d'une évolution des espèces vivant dans la biosphère terrestre... en cela déjà il est naturel; mais cette évolution a tout de même donné naissance à un être curieux où l'inné doit être acquis. L'inné y est l'objet d'une institution et non d'un instinct; en un sens, nous n'apprenons pas plus à parler et à marcher qu'un oiseau à voler, et pourtant, nous ne marcherons ni ne parlerons si nous n'y sommes éduqués. En cela, le corps humain est culture. En voulant faire le philosophe, on pourrait dire que «naturel» et «culturel» sont des métaphores de ce qui, pour l'homme, est d'une part, donné et d'autre part, à construire; or une métaphore est par nature un objet culturel; l'opposition ne serait alors que métaphorique et ne renverrait en fait qu'à une interrogation de l'homme sur lui-même, sa place, sa finalité. Nous revenons ainsi à notre point de départ, piétinons le même paradoxe: pour l'homme, l'inné a besoin d'être acquis.

Le corps humain reduplique le problème de l'homme qui comprend l'univers et est à la fois compris par lui; nous percevons notre corps et notre corps est en quelque sorte compris dans et par notre esprit; mais aussi, notre esprit est inséparable d'une activité du

corps, d'une certaine manière, compris dans et par le corps – nous jouons évidemment sur le mot «comprendre». Notre corps n'est jamais si présent à notre esprit que dans la douleur, et l'interrogation de l'homme est irrémédiablement liée à sa mort. Nous sentons et expérimentons que nous ne sommes pas éternels. Nombre de civilisations ont pourtant donné au corps l'immortalité: la momie, semblablement à la pyramide, revêt une forme pérenne, propre à survivre dans la quasi-éternité de la matière. Cette mascarade nous fascine, car devant nous se présente l'alternative: immortalité ou mortalité. Nous ne comprendrons pas de la même façon le *donné* et le *construit* suivant que nous croirons à l'immortalité ou à la mortalité radicale du corps. Aujourd'hui encore les sociétés hésitent (fiévreusement) entre «mortalisme» et «immortalisme», acceptation et rejet de la mort. Point n'est besoin d'une longue étude pour voir que cette question mortelle saisit tout l'homme. Le corps humain connaît sa mort; quelles grandioses conséquences ne sortent-elles pas de cela?

L'institution paraît en regard de l'instinct une complication; à quoi sert l'esprit de l'homme sinon à compliquer parfois bien péniblement la satisfaction des simples besoins corporels? Il y a sans doute là un avantage évolutif lors d'une bifurcation de l'évolution – heureuse rencontre du hasard et de la nécessité. Cette complication serait donc «utile» à la survie de l'espèce; l'inné ne se donne, ne se conserve que s'il s'expose momentanément à la mort en s'instituant; par là, il se démultiplie et présuppose la mort en devenant plus complexe – pour que le corps vive des cellules doivent mourir constamment, s'autodétruire. Technique et langage présupposent la mort; nous éduquons parce que nous allons mourir; nous entretenons notre corps, nous soignons et nous nous soignons parce que nous allons mourir. Il semblerait alors que soit valorisée une perspective mortaliste: c'est l'acceptation de la mortalité qui permettrait les plus grandes acquisitions, qui extraierait les possibilités inscrites dans l'inné. Mais il semble aussi en aller pour le corps comme pour les civilisations, alternance de repos, d'activité intense, d'expansion, de sommeils. En un sens tout se passe comme si nous souhaitions jouir du construit comme d'un donné – et ensuite, comme si la menace de la mort nous aiguillonnait de nouveau,

44. La phénoménologie est une méthode philosophique qui fonde la science sur la description du vécu.

45. L'idéalisme classique est le courant philosophique qui, de Platon à Kant, affirme la « primauté de la pensée et du sujet connaissant ». Kant affirme au 18<sup>e</sup> siècle que toute représentation (le fait de voir ou de sentir) est accompagnée d'un « je » qui pense.

46. Cf Jacqueline Russ, *Les chemins de la pensée. Philosophie*, Armand Colin, p500, qui cite Maurice Merleau-Ponty, in *Sens et non-sens*, p143, (Nagel).

comme s'il fallait quitter une Egypte pour une aléatoire terre promise.

Il convient cependant de préciser que les civilisations immortalistes (Egypte des pyramides, christianisme moyen-âgeux des cathédrales...) déploient non moins d'intenses activités que les civilisations mortalistes (Grecs, Juifs, Romains...) et ce n'est sans doute qu'un déplacement d'accent lorsque les hommes consacrent leurs énergies à rejeter la mort, à y réagir par une théorie de l'immortalité ou, s'en accommodant, développent «une culture de la vie engagée dans ce monde». Etre obsédé par la survie du corps ou de l'âme et ne pas y penser sans arrêt, l'alternative est toujours présente. Bien que l'immortalisme soit par nature fascinant, l'accent est tout de même porté par les Modernes sur l'engagement dans le monde, sur une entreprise mortelle: les projets politiques, le corps politique. Selon Thomas Hobbes, la peur de la mort violente est la cause du contrat social, souffrance et mort du corps donnent naissance à un grand corps artificiel. La peur de la mort, à elle seule, ne produit pas de corps complexe, car la mort est acceptée; ce que nous n'acceptons pas, c'est la souffrance dans la mort, la mort inopinée: la mort violente qui menace toute félicité dans ce monde. Pour nous, la modernité conserve cette caractéristique, mais elle a modifié aussi une chose; se repose alors à nouveau frais l'alternative.

Notre vie s'allonge, nous n'en sommes pas encore à l'immortalité du corps, mais, dans nos sociétés, la brièveté de la vie est plus une affaire de sentiment lorsqu'on peut espérer vivre le double du temps imparti à nos ancêtres – il faut remonter à l'antiquité grecque pour retrouver une situation semblable et cela nous indique peut-être que le «mortalisme» y est lié. La peur de la mort violente, si elle existe toujours, se déplace vers la peur d'une vieillesse qui s'étend en décrépitude et la peur d'une «violence» naturelle (bouleversements climatiques, pandémies). Nous avons peur que l'espérance de vie se trouve à nouveau réduite et nous nous préparons, semble-t-il, à un «contrat naturel»; les acteurs des techno-sciences comme le public réclament un certain nombre d'entraves éthiques; nous redécouvrons que la biosphère est le milieu naturel du mammifère humain et qu'on ne lui «commande» qu'en lui «obéissant» – l'homme aussi s'effraie que ses technologies puissent un jour parvenir à une pure et simple production de l'humain, ou à une disparition de l'humanité telle que nous la connaissons aujourd'hui. Poussés par une peur heuristique, il n'est pas facile de départager de façon certaine ce qui menace la vie et ce qui obère un progrès – à quelle dose la peur favorise-t-elle la rationalité, la décision raisonnable?

D'un autre côté, nous avons peur du naufrage de notre corps et de notre esprit pour prix de notre longévité –

sport, régimes diététiques, soins cosmétiques, chirurgie esthétique, modifications corporelles, autant de contrats que nous passons avec nous-mêmes pour rendre sûre la route de notre corps futur. Alors que le corps humain se voyait déjà dans la science-fiction d'un animal galactique, il est ramené à sa finitude: nous naissons et mourons en mammifères terrestres. Là encore les techno-sciences sont l'objet d'attentes contradictoires: ce sont les mêmes outils qui préservent l'unicité de l'individu et qui menacent l'unicité de l'homme; les manipulations génétiques, cybernétiques, biochimiques peuvent réparer l'homme ancien mais aussi produire un homme nouveau, plusieurs types d'humanité. Pourtant, pour parler en toute rigueur, nous ne connaissons pas même le corps humain: à peine commençons-nous à découvrir quelques structures innées et comment elles sont liées. Nous connaissons à proportion de nos capacités technologiques, expérimentales, et nous agissons à l'aune de nos connaissances. L'inné et l'acquis ne sont pas encore déterminés; les notions de corps et d'esprit peu claires. Les prothèses technologiques modifient malgré tout profondément notre conception du corps et de la mortalité. Nous sommes assurément dans un temps critique, un temps de mutation – mortalisme ou immortalisme? Pour notre type d'humanité, notre finitude demeure encore la seule certitude.

## ■ Le corps sportif : un référent polysémique ?

**Stéphane BEROUD**

Médecine du sport. Maladie de la Nutrition et Diététique. Micronutrition. Tarbes

*Esse principi est.* C'est à partir de cette injonction anthropophage, héritée des rites païens que se sont écrits des siècles d'Histoire. Le « ceci est mon corps » de la liturgie chrétienne a de fait enfoncé au plus profond de nos consciences la négation du corps et de ses relents impurs.

L'être humain est un animal insatisfait. Dépasser ses limites, c'est s'affronter au réel et démontrer son existence : le corps a souvent été la frustration des volontés de l'esprit. Des rites shamans aux feuilles de coca mâchées par les paysans colombiens, retrouver le cours des pratiques d'échappement, ou de transformation du corps, c'est de fait, remonter à l'origine de l'humanité. Parler de sport, c'est introduire la performance dans cet espace des pratiques du corps. Travailler sur le sport, c'est donc aussi travailler sur la notion de corps dans notre civilisation. Travaillant *a priori*, les médecins réactualisent, malgré eux, le débat qui a présidé à légitimer leur expertise : pilier de la raison ou personnage de la *polis*, ils se doivent d'élargir la focale aux autres

intelligibilités et on s'aperçoit alors que l'univoque n'est pas de mise autour du corps et de ses pratiques. Ces « alter » approches nous éclairent en présentant le sport en général comme épiphénomène prenant ses racines dans les valeurs de notre civilisation.

La symbolique à laquelle le sport nous ramène est au fondement de la société moderne. A partir du moment où l'homme a contrôlé son destin, en contrôlant son corps, c'est-à-dire la vie, il s'est permis d'étendre son emprise sur le réel et sur lui-même. Le mortel a toujours essayé de dépasser ses limites, et il en a toujours connu les dangers, au moins par tradition orale. La spécificité de notre temps se situerait plutôt sur la notion de corps que sous-tend la civilisation occidentale : un corps qui n'est pas vécu en soi mais, pour soi. Le "corps-machine", orphelin du lien social, c'est plutôt cela le fils (le produit) de la modernité. Et le dopage rentre dans le cadre de ces pratiques extrêmes du corps, stigmatisées par les sociologues : le dopage n'est plus fils mais généalogiquement lié à la modernité. Le corps est un obstacle à la nécessité de braver les distances et le temps, et l'homme ressent cela comme un deuil profond. C'est lorsque le sport n'a plus représenté sa fonction identitaire et symbolique (des mythes, des rites chassés du revers par le « monstre anabolisé »), que la société a perdu un repère de plus et s'en est inquiétée. Certes se doper « c'est mal » pour de multiples raisons, mais surtout, c'est mal focaliser et mal analyser le problème que de le dénoncer en faisant l'économie de questionner la place du corps dans la modernité.

Nous sommes en pleine adolescence technologique : de notre capacité à repenser les concepts « d'existence » et de « relations humaines » en termes fondateurs de nouvelles règles morales, dépend l'issue de cette civilisation. Penser le corps comme le nœud de toutes les relations est peut-être un des premiers impératifs. Cela commence peut-être par le fait d'engager une nouvelle réflexion sur le corps sportif. Les sciences humaines peuvent donc aider le discours médical à opérer cette synthèse.

Par ailleurs, on peut se référer à la conclusion de J.-M. Brohm : « d'autre part, et c'est une proposition épistémologique qui me semble décisive, le corps est toujours impliqué dans tout discours théorique, car tout renvoie *in fine* à la corporéité, à l'incarnation, à l'auto affection par la chair<sup>47</sup> ».

### ***De la philosophie à l'anthropologie du corps***

Deux disciplines permettent d'explorer les aspects du corps et d'en étendre les attendus au corps sportif : une qui est centrée sur l'histoire, les représentations, les rites, les symboles, c'est-à-dire l'anthropologie, et une autre, basée sur la recherche introspective des règles et des cadres de pensée de l'Idée, c'est-à-dire la philosophie.

Etudier le corps c'est voir se dessiner en filigrane la modernité. Comme nous le suggère David Le Breton, les pratiques corporelles s'héritent de la mise en demeure de performance qu'ont fait au corps les penseurs du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècles. David Le Breton<sup>48</sup> attribue à la modernité la perte de la nature holiste du corps. L'atomisation et l'individualisme contribuent à la perte des repères corporels communs. Depuis le Moyen-Âge et l'apparition de la Bourgeoisie, la notion de corps est devenue une symbolique individuelle plutôt que collective. L'apparition de l'Anatomie, du portrait en Peinture, l'Humanisme (qui renvoie à une morale de l'Individu), le mouvement positiviste furent le terreau du taylorisme, de l'hygiénisme qui constituent la nécessité, pour chaque individu, de se créer ses propres symboles et représentations du corps. De fait, chaque être se crée une conscience hétéroclite du corps faite de connaissances valides et de représentations qui transitent dans la culture de chaque civilisation. L'image du corps et les pratiques corporelles se sont alors transformées : idéalisées, ritualisées, accompagnées du déni de la souffrance, de la mort et de la maladie, de la perte progressive du symbolique.

Les pratiques d'entretien du corps, l'apparition de professionnels du corps, la différenciation sociale centrée sur le corps (la place du corps diminue avec le niveau social) viennent confirmer la tendance.

Nous pouvons donc en tirer deux enseignements. Si le sport est le sport « professionnel » qui se construit autour de la fonction sociale, alors les pratiques extrêmes (et donc le dopage) sont le prolongement de la volonté moderne de réduire le corps à un "corps-machine", et, repousser les limites, correspond à sa fonction sociale. Si le sport est le sport « de masse », il se construit alors autour du déni de mort et des limites que chaque individu, en situation d'anomie, recherche : le dopage serait un comportement suicidaire décrit. A l'image de ce moyen de renforcer les liens sociaux, la pratique extrême interroge la société sur ces symboles et ces valeurs. La perte du jeu sportif, la tendance à la perte des pratiques sportives collectives : le sport est bien la médiatisation de la vision moderne du corps.

Du côté de la philosophie, c'est l'article de J.-M. Brohm « Le corps un référent philosophique introuvable ?<sup>49</sup> », qui nous donne la trace du corps comme référent incertain, flottant, évanescant en tant qu'objet réel, omniprésent à la conscience en tant qu'objet psychique. Plus loin, dans le même numéro<sup>50</sup>, J. Baudrillard revient sur

47. J.-M. Brohm, *Corps in Prétentaine* Mars 2000 p.132.

48. Le Breton D. *Anthropologie du Corps et Modernité*.

49. J.-M. Brohm, *in Prétentaine n°13 : Corps. Mars 2000*.

50. J. Baudrillard *in Prétentaine n°13 : Corps. Mars 2000* (p. 263).

l'échange symbolique et la mort, à la lumière des nouvelles corporités. Il critique les nouvelles symboliques qui, pour lui, réduisent le réel à des suites mathématiques. L'homme tend à fusionner avec la machine, créant un corps exotérique libéré de toute contingence charnelle. L'allégorie d'Internet, explorateur virtuel de notre corps, serait en fait une euphémisation de la libido et une négation du corps. C'est donc la primauté du lien entre le réel et le virtuel qui est en jeu. Le monde moderne pose l'immanence technologique comme référence ; on ne peut donc pas lui opposer une transcendance mais plutôt une autre immanence comme le langage<sup>51</sup>.

Les questionnements théoriques soulevés embrasent le feu des passions autour du corps et nous initient au subtil de l'intellectualisation du corps. Cependant, ils ne nous font pas progresser sur le chemin peu carrossable de l'utilisation éthique du corps. Seule une étude approfondie grâce à l'anthropologie oriente le parcours analytique vers le pragmatisme. Et c'est bien cela qui nous intéresse dans le corps : quelles sont les utilisations et les représentations que l'on en a ? Dirigée vers le quotidien, cette question évacue les discours théoriques (qui peuvent, plus tard, une fois intégrés par la *doxa*, guider les pratiques) mais tend à cerner au plus près les soucis qui agitent le mortel.

### ***De l'espace des pratiques aux tendances lourdes***

L'analyse sociologique de la distribution sociale<sup>52</sup> montre que l'instrumentation et la technicité du sport augmente avec l'échelon social car implique la notion de maîtrise des gestes et du corps. Chaque position sociale a effectivement une pratique particulière, axée plus sur l'utilisation du corps chez les manuels et sur la maîtrise technique chez les non manuels. L'identité sportive repose sur quatre dimensions (culturelle, communautaire, éthique et émotionnelle) qui se sont développées à partir des années 1970 à partir desquelles le fédéralisme diminue.

Cela explique de nouvelles demandes sportives, de nouvelles logiques d'action.

Dans son ouvrage, « Sociologie du sport »<sup>53</sup>, R. Thomas pense que le développement du sport dans cette partie du siècle est non seulement dû au facteur de contamination mais aussi à deux facteurs qui le « surplombent » et passent tous finalement par le corps : le facteur idéologique et le facteur spectacle. Le sport, c'est la démocratie de la compétition et du hasard, le parangon du progrès. Il est à l'image de notre civilisation, une lutte entre méritocratie et adhocratie. C'est aussi une idéologie religieuse : le sport délimite un espace sacré rempli d'icônes et de surnaturel dirigé par une organisation

mondiale (le CIO). En réglant les corps, on règle les âmes, c'est pour cela que le sport, par définition, est une activité réglée dans un lieu précis donnant lieu à des compétitions se différenciant des pratiques du corps de loisirs. En second lieu, le facteur « spectacle » exacerbe la dimension ésotérique et c'est par le spectacle que passe le contrôle des corps en amenant une norme et en déshumanisant des icônes intouchables.

Le temps libre, le vieillissement d'une population qui reste active, la féminisation expliquent les tendances démographiques de cette fin de siècle. L'âge est le principal axe de variation sur l'échelle des pratiques : maximum de 15 à 24 ans, la participation est minimum au-dessus de 65 ans. Les femmes investissent de plus en plus l'espace sportif et non pas seulement les sports dits « féminins », bien qu'elles n'investissent pas ou peu l'espace décisionnel. Les catégories socioprofessionnelles jouent aussi un rôle sur la pratique et le choix du sport. Même si cela peut être sujet de différentes explications, il semble que l'on pratique plus dans les catégories aisées et chez les étudiants. R. Thomas détaille les facteurs de réussite sportive. Il assimile la réussite sportive comme la propension fréquente à être performant. Il pense qu'il existe un lien avec la classe sociale : les classes moyennes ont plus accès à l'élite sportive que les autres. Le fait d'être protestant est aussi lié à la recherche de la performance (voir les travaux de Weber sur l'origine du capitalisme). La composition familiale (parents sportifs non divorcés, avec une fratrie peu importante), le sexe masculin sont des facteurs favorisant. A l'échelle d'un pays, les données économiques semblent jouer un rôle de seuil. Cependant le principal facteur de réussite serait l'adéquation du sport avec la culture (et la culture dominante) du pays. Dans toutes ses grilles de lecture, le corps semblait être le référent incontournable.

C. Pociello<sup>54</sup> détermine prospectivement des « faits porteurs et des tendances lourdes ». Quatre tendances lourdes vont orienter les pratiques sportives : massification des activités, féminisation, allongement de la durée de vie des sportifs, recherche de formes d'organisation à faible contrainte. Cinq faits porteurs existent : individuation avec augmentation des pouvoirs expressifs des activités, délocalisation des activités (plein air), hybridation des activités (variations saisonnières, versatilité),

51. J. Baudrillard in *Prétentaine n°13 : Corps, Mars 2000* (p.268).

52. Charrier D. Histogramme du sport licencié, in « *Financement du sport par les collectivités locales* ». Banque de données de la direction des sports, Ministère de la Jeunesse et des Sports. Avril 1995.

53. Thomas R. Sociologie du Sport. *Que sais-je*, n°2765. PUF. 2000. Memmi D. Introduction : la dimension corporelle de l'activité sociale. *Sociétés contemporaines*. Revue. Paris, Mars 1999.

54. Pociello C. Sport et sciences sociales. *Vigot*, Paris. *Collection Repères*, 1999.

technicisation des activités et mise en forme festive. Le corps est au centre de ces évolutions. En conséquence, la sociologie du corps rejoint ce que nous avons esquissé avec la sociologie du sport : le corps est un objet de différenciation et de domination sociale dont la pratique concerne plutôt les classes peu et mal aisées mais dont la monstration concerne plutôt les classes les plus aisées. Dans ce cas, les descriptions de Bourdieu et de Brohm prennent toute leur valeur. Des thèmes récurrents se dégagent de leurs écrits<sup>55</sup> :

- Mécanisme du pouvoir dans et par l'institution sportive : le sport est source de domination et les mécanismes du pouvoir tiennent dans ce qu'ils appellent l'appropriation de la violence.
  - Rôle politique des compétitions : JMB et PB soutiennent que le sport est une métaphore non violente de la Loi du Christ, qu'il est une source de massification autour d'une même cause quelle que soit la classe, que le nationalisme sportif précède toujours la montée du nationalisme belliqueux.
  - Effets pervers : le sport légitime la violence ; le dopage est inhérent à la pratique sportive ; cette iatrogénèse physique, symbolique ou sociale, implique entre autres pour l'athlète et la société mécanisation, changement de référentiel de corps, changement de normes et d'éthique.
  - Pratiques : le champ sportif s'étend de plus en plus, symptomatique d'une main-mise budgétaire des professionnels du sport sur le sport-loisir et amateur. Il devient autonome et représente alors une pathologie sociale durkhémienne rendant visible la crise de notre société : augmentation du fossé entre amateur (le jeu) et le professionnel (le rentable). Le sport renvoie alors à l'individu une image sans valeurs.
  - Mythologie sportive : elle permet le passage du mythe à l'idéologie en systématisant et en moralisant les pratiques et les représentations. JMB et Louis Vincent Thomas pensent le sport comme la mise en spectacle d'une mort jouée et dont l'enjeu est factice. La dramaturgie sportive joue avec l'image et la représentation de la mort afin de nous nous permettre de la nier.
- Le corps sportif pourrait être au centre de toutes ces dérives : pratique délétère servant les causes et creusant les inégalités ; chimère des démunis, contrôle des âmes (*panem et circenses*) ; opération marketing oblitérant la dimension trans-culturelle de ces pratiques. Pourtant, en dernière analyse, quand on voit la ferveur toujours renouvelée, l'énergie, les discours qui rivalisent de superlatifs, la dimension onirique et fantasmagique qui ressort de toute action dans le champ sportif, quand on essaie d'orienter nos analyses vers les vraies tendances, on s'aperçoit plutôt que c'est par la révolution des corps que l'avenir des pratiques s'oriente en se « re »démocratisant, en se féminisant, en laissant les différents

âges de la vie apporter leurs cultures et leurs richesses (cf. les pratiques alternatives qui viennent de la « rue » sont facilement devenues des disciplines olympiques comme le snow-board ou le VTT, ou bien comment le sport-santé est venu des fédérations non compétitives, mouvement féminisé s'il en est). L'avenir du sport est sans doute maintenant dans la ré-invention de ce nouveau paradigme pour donner un sens à leurs espoirs.

### Autres références bibliographique :

- Baudry P. Le corps extrême : approche sociologique des conduites à risque. *L'Harmattan*, Paris, 1991.
- Laure P. Epidemiologic approach of doping in sport. *J Sports Med Phys Fitness*. 1997 ;37 :218-24.
- Berthelot J.-M. Du corps comme opérateur discursif : ou les apories des sociologies du corps. *Sociologie et sociétés*. Revue. Vol XXIV (1) Printemps 1992.

## ■ Figuration du corps humain en Médecine

**Dr Henri OBADIA**

Cardiologue – Toulouse

Concernant la figuration du corps humain, les destins de la science et de l'art ont longtemps été liés. La représentation du corps passe par son analyse et l'étude du corps a besoin de la représentation.

Les images à vocation scientifique du corps, dans son fonctionnement, sont tributaires des techniques et entretiennent aussi un rapport étroit avec l'imaginaire de nos corps.

De la Renaissance au XVIII<sup>e</sup> siècle, les planches dessinées et les cires anatomiques ont emprunté à l'art ses artistes, ses outils et ses mises en scène. Aujourd'hui, affranchis de la représentation, les documents de l'imagerie médicale présentent le corps avec toute l'énigme de leur couleur irréaliste et de leur forme abstraite.

Le rôle des artistes a été déterminant dans l'histoire de l'anatomie. Les progrès ont été tributaires de la représentation graphique de même que l'art s'est trouvé lié aux progrès de l'anatomie. L'anatomie médicale et l'anatomie artistique se sont ainsi nourries mutuellement, pendant près de cinq siècles en Europe de la Renaissance au Romantisme.

Léonard de Vinci, Dürer, Rubens, bravant les interdits, ont disséqué pour comprendre le corps par souci de vérité. Pour Léonard de Vinci, le « peintre anatomiste » (comme il se nommait lui-même) le dessin est un souci de compréhension de la fonction et de la structure.

55. Vaugrand H. Sociologie du Sport. Théorie du champs et théorie critique. *L'Harmattan*, Paris, Montréal. *Collection Nouvelles Etudes Anthropologiques*. 1999.

Avec André Vésale, médecin flamand, et la publication en 1543 de son *De corporis Humani Fabrica* (la Fabrique du corps humain), l'anatomie scientifique voit le jour. Il s'agit d'un volume de 663 pages contenant plus de 300 gravures sur édité à Bâle en 1543 sur les presses de Jean Oporinus. Cet ouvrage a été considéré comme le fleuron des ouvrages médicaux de la Renaissance ; il s'est agi d'un événement fondateur, d'une forme de rationalité, dont l'esprit caché aurait enfin fait surface dans les premières années du XIX<sup>e</sup> siècle.

Cette œuvre consacre l'anatomie comme discipline matricielle de la médecine et, en dépit de certaines observations et descriptions inexactes, peut être considérée comme un livre révolutionnaire dont l'influence fut décisive sur le développement de la pensée scientifique. Elle transforme le concept traditionnel de science, par la subordination de l'explication à la preuve, de l'intelligible au vérifiable.

Le succès des planches de la *Fabrica* n'est plus à démontrer et l'écorché de Vésale est devenu une figure emblématique de l'anatomie tout entière ; force de conviction des images mais aussi du texte rendu sensible par l'importance que Vésale accorde à l'appareil méthodologique hors des différentes parties (nomenclatures, index raisonnés). Vésale considérait que la science la plus utile est celle dont le fruit est le plus communicable. L'œuvre de la peinture est communicable à toutes les générations de l'univers parce qu'elle est soumise au sens de la vue et que les choses ne parviennent pas à l'entendement de même façon par l'ouïe que par la vision. Elle n'a donc pas besoin d'interprètes de diverses langues comme les lettres et satisfait immédiatement l'espèce humaine tout comme le font les choses produites par la nature. Vésale n'est pas le premier auteur de traité d'anatomie à avoir accordé une place importante à l'illustration mais on peut dire qu'il est le premier, à l'exception de Léonard de Vinci, à avoir pleinement compris et utilisé la force de preuve de l'image.

Si Vésale attache autant d'importance à la description c'est que, liant le voir à l'écrit, elle permet d'éviter tout malentendu (ou tout mal vu), contrairement à Léonard de Vinci, pour qui le dessin est un constat graphique de l'expérience et le seul moyen d'accéder directement à la vérité de la nature. Selon Vésale, les images, loin d'avoir une quelconque valeur scientifique, sont des leures et restent un palliatif au contact opératoire direct avec l'objet naturel.

La figure est un artefact utile dont la fonction est de contribuer à l'intelligence de la doctrine. Ne place-t-elle pas sous les yeux l'objet plus exactement que le discours le plus explicite ? Il n'est personne qui ne l'ait expérimenté en géométrie et des autres disciplines mathématiques. Il convient cependant de le tenir sous haute surveillance :

- si Vésale se qualifie lui-même de *trilinguis homo*, c'est bien pour marquer la part essentielle qu'il réserve à la nomenclature et à la terminologie qui doivent faire office de langue intermédiaire entre l'organe observé et disséqué et sa représentation imagée ;
- la dissection du cadavre est une ouverture alphabétique du corps. C'est la plume de l'auteur qui guide au doigt et à l'œil le scalpel de l'anatomiste, le burin du graveur et le regard du lecteur.

Le rendu, dans les trois dimensions du corps, prend deux options :

- l'une artistique dont, l'écorché *in vivent* aurait enlevé son habit de peau pour servir de modèle dans les ateliers,
- l'autre à destination médicale est réalisée par des artistes : la céroplastie, sculpture en cire colorée, troublante de réalité, dont le volume est obtenu par le moulage sur les dissections puis retravaillée et colorée. Elle constituera le prolongement ultime des traités de la Renaissance. Son apogée, au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, verra le développement, après les écoles italiennes de Florence et de Bologne de céroplasticiens français comme André Pierre Pinçon, et de l'abbé sicilien du XVII<sup>e</sup> siècle *Gaetano Zumbo* dont la collaboration avec le chirurgien français Guillaume Desnoues, donnera naissance aux premières têtes anatomiques moulées directement sur les cadavres.

Traverser le corps sans l'ouvrir devient enfin possible. De nouveaux procédés d'exploration du corps ont permis de passer de l'anatomie du cadavre à celle du vivant. Ce sont les radiographies et les rayons X qui ont ouvert la voie à la toute fin du XIX<sup>e</sup> siècle au vieux rêve du corps transparent. Ces nouvelles images, extrêmement divulguées, ont eu un franc succès populaire.

Après la radiologie de Röntgen en 1895 et le scanner à rayons X en 1972, l'informatique entre en scène permettant de calculer chacun des pixels élémentaires de l'image des coupes du corps humain. Dans les années 1980, des techniques d'investigation et de représentation du corps produisent des images différentes : scintigraphie, échographie et IRM (imagerie par résonance magnétique). L'informatique génère des représentations virtuelles et des simulations numériques qui permettent de voir le corps dans toute son essence et de le révéler dans sa profondeur. Ces images du corps ne ressemblent parfois plus au corps. Déchiffrer une échographie, être confronté aux codes des fausses couleurs d'un IRM est d'abord affaire d'interprétation du spécialiste. Aujourd'hui, libre du rapport qui l'enchaîne au cadavre, à sa fixité idéale, l'image du corps profond est entrée dans l'aire des représentations virtuelles, des simulations sur ordinateur, des figures numérisées. L'image ne copie rien.

Et, pour l'artiste, pour complexe et irrésolu qu'il soit, le rapport contemporain au corps est moins affaire

d'apparence, de mise en figure de soi, que d'un souci permanent de co-présence au réel. Habiter le monde tel qu'il le perçoit plutôt que l'imager.

## ■ La nudité dans l'art

**Isabelle LE RAY**

Peintre, créatrice de Tracker d'Art<sup>56</sup>

La première apparition de la nudité dans les arts est concomitante à celle de l'art lui-même. Durant la Renaissance, le nu devient un sujet à part entière et exprime une esthétique nouvelle, dans laquelle les artistes traduisent l'évolution de la société. Les artistes durent trouver toutes sortes de stratagèmes pour que la nudité ne soit pas choquante et n'entraîne pas le rejet de l'œuvre.

C'est au cours du 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles que les nus néoclassiques se caractérisent par un rendu velouté et uni, proches de l'idéal de pureté et de virginité de la première période romantique. Les nus les plus connus de cette période sont ceux de Dominique Ingres, notamment sa Grande odalisque.

Puis vint la peinture romantique, dernière étape avant l'apparition du réalisme et de l'impressionnisme, qui triomphèrent dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle.

Ces deux mouvements firent scandale à leur époque en utilisant le nu dans des situations réalistes et non plus pour des scènes mythologiques.

Proches des préoccupations sociales de leur époque, les peintres réalistes privilégièrent les études de nus féminins sur le vif, dans des situations quotidiennes. Loin de l'idéalisation du néoclassicisme, ces œuvres crues furent considérées comme de la pornographie.

Les nus impressionnistes empruntèrent à l'école réaliste un goût pour le quotidien, en opérant toutefois un retour marqué à certaines scènes bucoliques, idéalisées. Un des initiateurs du mouvement fut Edouard Manet avec son œuvre Olympia.

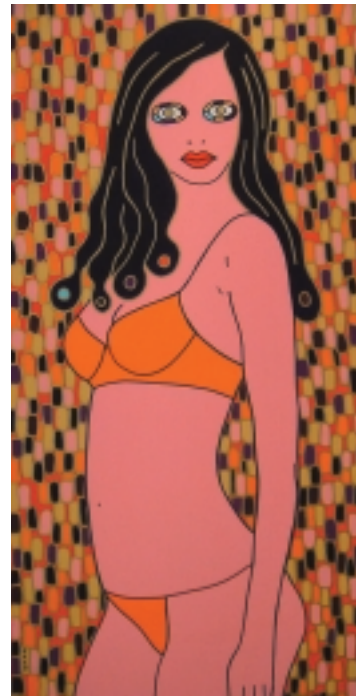
Enfin, Au début du XX<sup>e</sup> siècle, période de mutations historiques de l'art et de ses prérogatives, l'art figuratif a été réinterprété grâce à l'éclairage nouveau qu'ont pu offrir les nouvelles techniques et les nouvelles approches. L'expressionnisme abstrait ne quitte pas la thématique traditionnelle du nu qui reste perceptible. Le pop art s'est également réapproprié des images commerciales de nus.

C'est à travers cette évolution de la représentation du nu que de nombreux jeunes peintres ont été inspirés par cette thématique.

C'est ainsi qu'à la galerie TRACKER D'ART de nombreux peintres ont une vision personnelle de la représentation du corps dans leur peinture, et chacun d'eux à sa manière réinterprète le nu contemporain.



*La danseuse*, par A. Jolin



*Orange mécanique*, par E. Kasedo

56. TRACKER D'ART est une exposition collective permanente, 11, place de la Trinité-Toulouse. [www.trackerdart.com](http://www.trackerdart.com)



## ENTRETIEN avec le professeur Paul Léophonte



### Entretien préparé et présenté par le Dr Elie ATTIAS

Alors que vous étiez chef de clinique en 1979 dans le service de Pneumologie du Pr Delaude à Purpan, j'ai appris cette spécialité auprès de vous et j'ai été impressionné par votre capacité de travail, votre disponibilité, votre patience et votre amour de la médecine. J'ai repris contact avec vous dès la parution de la revue *Médecine et Culture* que vous avez bien accueillie et soutenue. Vous avez été Chef de service de Pneumologie à l'hôpital Larrey de Toulouse, responsable de l'enseignement de cette spécialité au sein de l'Université et coordonnateur du pôle clinique des Voies Respiratoires au CHU de Toulouse. Dans le domaine médical, vous avez travaillé sur la pathologie respiratoire professionnelle et contribué à faire admettre les pneumoconioses au talc comme maladies professionnelles. Vous vous êtes impliqué dans la pathologie infectieuse respiratoire communautaire. Vous avez créé le congrès REESPIR, avec un confrère infectiologue et ORL (rencontres et échanges sur les pathologies infectieuses respiratoires) qui se tient à Paris tous les deux ans. Vous vous êtes également investi dans la formation de pneumologues en Amérique latine. Vous participez à des groupes de réflexion sur l'Infection en Pneumologie. Vous avez publié « *Les maladies respiratoires* », « *Prise en charge des infections des voies respiratoires basses* », « *Pneumonies* », « *La grippe, conceptions actuelles* », et récemment « *Cent ans de Pneumo-Phthisiologie dans les hôpitaux de Toulouse* ». Vous avez été élu le 15 mars 2005 correspondant national (Toulouse) de l'Académie de Médecine à la division « médecine et spécialités médicales ». La même année, vous avez été fait Chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur. Vous êtes depuis peu Consul honoraire du Nicaragua.

Dans cet entretien, nous souhaiterions que vous reveniez sur votre parcours universitaire, votre contribution à la médecine, vos travaux originaux et vos actes les plus marquants. L'on nous dit aussi que la littérature vous passionne...

***Sans vouloir faire une quelconque intrusion dans votre vie privée, pouvez vous faire référence à votre itinéraire de formation avant d'entamer vos études médicales ?***

J'ai passé toute mon enfance à Perpignan. Ma famille est catalane. Toute ma scolarité, à l'exception de l'année de Terminale, s'est déroulée à l'Institution Saint Louis de Gonzague, une école privée tenue par des Pères Assomptionnistes. Je n'ai pas souhaité préparer un bac philo dans une école confessionnelle. Mon père a accepté que je fasse ma dernière année de scolarité au lycée Arago de Perpignan.

***Vous avez fait vos études de médecine à Toulouse. Etait-ce une vocation ? Quel jugement portiez-vous sur la faculté de médecine à ce moment-là ? Quels sont les enseignants qui vous ont le plus marqué ? Etait-ce, pour vous, le début d'une grande aventure ?***

Les catalans allaient plus volontiers faire leurs études supérieures à Montpellier. Mon père avait fait des études de commerce à Toulouse. C'est donc tout naturellement à Toulouse que je me suis inscrit. Il n'y avait pas de médecin dans ma famille mais je ne me rappelle pas, enfant, avoir désiré faire autre chose qu'être médecin, sinon lors de mon année de Terminale où j'ai hésité à obliquer vers les Lettres et la Philosophie. Pourquoi cette attirance pour la médecine ? J'avais une vive admiration pour notre médecin de famille, le docteur Gadel. Un homme rassurant, pragmatique, généreux, tonitruant, un peu paillard. Comme beaucoup j'ai lu *Les hommes en blanc* et *Corps et âmes*. Puis dès que nous eûmes la télévision je n'aurais raté pour rien au monde les émissions médicales d'Etienne Lalou et Igor Barrère. Mais ma vocation, si vocation il y avait, a vacillé au contact d'un professeur de philo, Jean-Pierre Siméon, un jeune agrégé qui avait à peine un peu plus que notre âge. Nous étions un petit groupe à prolonger bien au-delà des heures de cours des discussions infinies sur le temps, l'espace, l'origine et la destinée de l'homme et de l'univers... J'ai redouté de passer ma vie le nez dans des livres, de ne pas être aussi un homme d'action. C'est pourquoi j'ai finalement opté pour la médecine qui ne fermait pas la porte à l'humanisme. On ne s'inscrivait pas d'emblée à la faculté de médecine. L'année de propédeutique, le PCB (Physique, Chimie, Biologie) se faisait à la Faculté des

Sciences qui à Toulouse côtoyait la Faculté de Médecine. Les cours se déroulaient dans un amphithéâtre qui est devenu le théâtre Sorano. Il m'est arrivé plus tard en attendant le lever de rideau de m'y souvenir du cycle de Krebs ou de l'anatomie de l'amphioxus... Au sortir d'un bac philo j'eus un peu de mal surtout avec la physique. Ce fut ensuite la Faculté de médecine et la préparation de l'externat puis de l'internat. J'apprenais enfin les bases du métier : l'anatomie en salle de dissection et la séméiologie. C'était le commencement de la grande aventure, une aventure que j'avais anticipée dès le PCB en travaillant durant mes vacances à l'hôpital à Perpignan. Le docteur Combier, un médecin interniste m'avait ouvert les portes de son service. J'y faisais un peu l'infirmier et j'y secondais l'interne. J'ai toujours pensé qu'il faudrait commencer par ça, apprendre la médecine d'abord comme un artisanat, ensuite comme une science.

Vous me demandez de parler des enseignants qui m'ont le plus marqué. Autant j'ai cité quelques noms jusqu'ici, autant j'éprouve de difficulté à mentionner tel ou tel plutôt que tel autre parmi ceux dont j'ai bénéficié de l'enseignement à la faculté et à l'hôpital. Vous me permettez de ne citer que deux noms qui furent ceux de mes maîtres en pneumologie : André Delaude et Jean-Louis Albarède. D'André Delaude j'aurai été successivement l'externe, l'interne, le chef de clinique, l'agrégé puis le successeur, et aujourd'hui, avec tout le respect et la reconnaissance que je lui dois, l'ami. J'ai apprécié le regard pétillant d'intelligence que je lui voyais porter sur les hommes et les choses de la vie, son humour, son courage, son sens de la convivialité et des priorités dans le bien vivre. J'ai beaucoup appris de son bon sens clinique et de ses réflexions avisées au chevet du malade ou devant un dossier. Par dessus tout il m'a donné confiance dans mon métier en me faisant confiance. Jean-Louis Albarède, esprit clair et brillant, fut l'aîné fraternel qui me prépara à l'internat puis dans le grand bouleversement qui suivit la maîtrise de la tuberculose élargit le champ de mes connaissances en pneumologie m'offrant d'occuper sa place dans cette discipline tandis qu'il devenait à Toulouse un pionnier de la gérontologie.

***Pouvez-vous parler de votre internat, qui fut sans doute, un moment marquant de votre parcours universitaire et hospitalier ?***

Plus qu'un moment marquant ce fut un moment heureux. J'ai été interne dans les années qui ont suivi mai 68, à la charnière de deux époques, quand il me semble les réformes introduisaient plus de justice dans un système où avait régné le népotisme (Toulouse n'était pas mal placée à cet égard), mais aussi où médecins des hôpitaux, chefs de clinique, internes, jouissaient d'une liberté d'action et d'une reconnaissance sans comparaison avec aujourd'hui. Oui ce furent des années heu-

reuses, d'apprentissage, d'échanges et d'amitié, où l'on se donnait avec passion, sans compter, avec des contraintes mais aussi des privilèges. Les choses ont changé. Dans le bon sens, dans la mesure où les droits des malades et leur sécurité, les devoirs des médecins sont mieux appréhendés. Dans le mauvais sens dans la mesure où la médecine est désormais contrainte par ce qui lui est le plus étranger : la comptabilité. Sans parler de la lourde tutelle administrative et d'une judiciarisation galopante susceptible de compromettre dans un métier de responsabilité le choix des bonnes décisions quand elles sont à risque.

***Pouvez-vous évoquer ou mieux expliquer le long et laborieux processus qu'un médecin désirant exercer dans le service public devrait emprunter pour devenir un professeur de médecine dans sa spécialité ?***

Le cursus s'est au fil des années alourdi impliquant pour un clinicien une formation scientifique couronnée par un DEA et une aptitude à la recherche, un séjour formateur à l'étranger et un bon nombre de publications dans des revues de langue anglaise à comité de lecture. Tout cela est fort bien. Ayant été pendant un peu plus de dix ans au Conseil National des Universités j'ai pu voir défiler des candidats à l'agrégation de pneumologie du meilleur niveau qui soit ( bien supérieur à celui qui en son temps fut le mien). Les collaborateurs que j'ai destinés à cette carrière ont brillamment suivi cette voie difficile. Il faut être vigilant néanmoins sur un écueil, celui de nommer professeur d'une discipline clinique un individu qui aura constitué une épreuve de titres impressionnante en passant son internat puis son clinat quasi exclusivement dans des laboratoires de recherche. L'exercice d'une discipline clinique implique des connaissances acquises par une longue fréquentation du chevet des malades. C'est dire qu'il faut réussir la gageure d'une grande disponibilité pour le soin et l'enseignement et d'une fréquentation assidue d'une structure de recherche (sans parler d'une vie aussi accomplie que possible en marge du métier). Ce n'est pas à la portée de tous. Certains y parviennent remarquablement sans qu'ils recueillent plus tard de la tutelle administrative dont ils dépendent toute la considération qu'ils méritent.

***L'hôpital Purpan a été d'abord votre point d'ancrage ; puis vous êtes passé par Rangueil après le départ du Professeur Jean Miguères avant de terminer à l'hôpital Larrey où vous avez eu d'autres fonctions. Pouvez-vous rappeler les différentes étapes qui vous ont mené jusqu'au poste de Professeur puis de Chef de service ?***  
Nommé agrégé en 1980 j'ai succédé au professeur Delaude comme chef de service en 1988, quittant à ce moment là l'hôpital Purpan pour l'hôpital Rangueil où le professeur Miguères venait de libérer son service.

L'opportunité de créer une structure regroupant l'ensemble des disciplines prenant en charge les maladies respiratoires et bénéficiant d'une unité géographique s'est présentée à l'hôpital Larrey, cédé par les médecins militaires. Nous avons déjà réfléchi à un rapprochement de nos disciplines avec mon collègue ORL, le professeur Pessey, et nos collaborateurs respectifs Alain Didier et Elie Serrano. L'objectif étant de créer un centre des maladies respiratoires hautes et basses. Nous avons d'autre part ce souhait depuis longtemps avec mes collègues pneumologues, Pierre Carles et Michel Krempf et avec Marcel Dahan, chirurgien thoracique. C'est ainsi que la Clinique des Voies Respiratoires a vu le jour à l'automne 2003, regroupant l'ensemble des services de pneumologie, de chirurgie thoracique, d'ORL et d'exploration des voies respiratoires. Mes collègues m'ont élu coordonnateur du pôle qui venait d'être créé. J'ai passé aujourd'hui le flambeau au Professeur Pessey tandis qu'Alain Didier m'a succédé comme chef de service.

***Quelle est votre appréciation concernant l'évolution des études médicales ? Que pensez-vous de la formation actuelle des médecins, de la réforme des études médicales et de la pratique médicale telle qu'elle est exercée dans le service public et dans le privé ?***

Je crains que ces questions ne nous entraînent à de trop amples développements. Je ne suis pas certain du reste d'avoir toute la compétence requise. Je m'en tiendrai à quelques idées générales. Nos décideurs n'ont pas assez lu Montaigne, ou l'ont-ils oublié. On fabrique des têtes trop pleines et pas assez bien faites. Trop de connaissances analytiques sont exigées et pas assez d'aptitude à la synthèse. Trop de connaissances fondamentales sont imposées et pas assez de connaissances cliniques. Ce qu'on attend de 80 à 90% des praticiens c'est d'être de bons artisans de la médecine avec de solides connaissances cliniques et du bon sens, non des savants. Savants ils peuvent le devenir ensuite en fonction de leur curiosité intellectuelle ou d'un projet de carrière. Je ne veux pas dire que nos médecins doivent être ravalés au rang d'officiers de santé comme l'était ce pauvre Charles Bovary. Je veux dire qu'il ne faut pas inverser l'ordre de priorité des connaissances et ne pas encombrer les jeunes têtes de nos étudiants de données fondamentales (qui sont si fondamentales en recherche) au détriment de l'apprentissage clinique (si essentiel pour le soin de qualité).

Vous me demandez ce que je pense de la pratique médicale. Je pense qu'elle est scandaleusement mal honorée. Dans les deux sens du terme. Le médecin a perdu dans la cité l'honorabilité qu'on lui reconnaissait naguère. Et il n'est pas convenablement payé pour ce qui ne s'évalue ni en K ni en Z, qui est l'acte médical dans son

essence la plus noble : interroger, examiner un malade, demander d'éventuels examens complémentaires, prescrire un traitement. Tout cela exigeant expérience, connaissances, bon sens, disponibilité, pour des honoraires qui font rigoler le plombier ou l'électricien qu'on consulte pour un dépannage !

***En ce qui concerne la Pneumologie, pensez-vous que cette spécialité a bien évolué. Où en est-elle actuellement, selon vous ?***

Qu'elle ait bien évolué est trop peu dire, elle a connu un développement extraordinaire dans tous les secteurs où notre discipline a des implications, qu'il s'agisse de l'oncologie, de l'immuno-allergologie, de l'insuffisance respiratoire, des domaines concernant l'hygiène respiratoire, les maladies respiratoires orphelines, l'infectiologie, la réanimation, et j'en passe. Si je me replace quatre décennies en arrière dans la salle de réunion du boulevard Saint Michel, qui ressemblait à un cinéma de quartier, où siégeait la société de la tuberculose et des maladies respiratoires, et si je me reporte au congrès annuel où plus de deux mille pneumologues hospitalo-universitaires, hospitaliers et libéraux se rencontrent annuellement sur des thèmes d'une formidable diversité lors de présentations scientifiques du plus haut niveau je mesure le chemin parcouru. Il reste à attirer davantage de jeunes internes vers la pneumologie. Nul n'ignore la progression inexorable des maladies respiratoires et celle insuffisante du nombre des pneumologues.

***Vous avez exercé la Pneumologie pendant presque une quarantaine d'années. Vos travaux, vos publications, vos conférences ont marqué quelques générations d'étudiants et de médecins. Quels sont ceux ou celles qui vous ont laissé un souvenir marquant ?***

A la suite d'une succession d'opportunités j'ai pu disposer d'un matériel d'étude considérable sur une importante cohorte d'ouvriers exposés au talc et atteints de pathologies à propos desquelles dans les années 70 il y avait une certaine confusion quant à la nature de la pneumoconiose par rapport à la silicose et à l'asbestose, et quant à la prévalence des cancers et de la BPCO. Avec le concours du docteur Pincemin, médecin de l'entreprise, et avec je dois le dire une collaboration transparente de la part de la direction nous avons pu faire un travail considérable durant plusieurs années qui a conduit à la reconnaissance de la talcose comme maladie professionnelle, et à son individualisation par rapport à la pathologie de l'amiante. Nous avons d'autre part confirmé l'absence de risque cancérogène des talcs non contaminés d'amiante et démontré une forte prévalence des BPCO par un effet poussière indépendant du tabagisme et synergique avec celui-ci. Nous

n'étions pas encore trop familiarisés avec les publications internationales et il est regrettable que nos travaux n'aient pas eu alors l'audience que nous leur donnerions aujourd'hui.

A l'occasion du congrès « *Quarante années d'utilisation des antibiotiques* » qui se tint à Toulouse en 1984 le professeur Armengaud, chef du service d'infectiologie et personnage charismatique de la discipline me confia un rapport sur les antibiotiques et l'infection respiratoire. Dès ce moment je fus coopté dans le milieu de l'infectiologie où avec quelques collègues pneumologues nous avons développé certains axes de notre discipline et participé aux évaluations des antibiotiques actifs dans la sphère broncho-pulmonaire. De la sorte outre des pneumologues éminents j'ai eu la chance, dans une approche transversale, de fréquenter des personnalités marquantes de l'infectiologie, la microbiologie, la pédiatrie et la réanimation. Et également dans un domaine longtemps demeuré confidentiel mais aujourd'hui sous les projecteurs des médias, des spécialistes de la grippe. Dans cet esprit de transversalité avec mes collègues et amis Pierre Géhanno, ORL, et Yves Mouton, infectiologue, nous avons organisé régulièrement à Paris un congrès sur les pathologies infectieuses respiratoires auquel participèrent les meilleurs experts dans le domaine, devenus la plupart par la suite des amis.

***En dehors de votre parcours universitaire et de médecine des hôpitaux, avez-vous eu d'autres activités ? Pouvez-vous nous en dire quelques mots ? Avez-vous d'autres projets ?***

J'ai présidé comme nombre de mes collègues d'autres régions de France un certain nombre de structures ayant dévolu leur activité à la préservation du bon air et du souffle, la plus importante étant la Sadir, affiliée au réseau Antadir. J'ai d'autre part pendant plusieurs années fait un cycle d'enseignement de la pneumologie au Nicaragua, des conférences au Salvador, en Equateur, au Paraguay, en Argentine, et nous avons accueilli et formé dans le service un certain nombre de médecins venus de ces pays. Autant dire mon attirance profonde pour l'Amérique latine où je continue de séjourner régulièrement, en particulier dans le cadre de l'association médicale franco-argentine où j'ai succédé à Jacques Rochemaure comme président et dans le cadre de mes fonctions récentes de Consul honoraire du Nicaragua. Mais mon attirance ne se limite pas à l'Amérique latine. Je fréquente assez souvent le Maghreb où je compte de nombreux pneumologues amis et la Russie où je me suis rendu quelquefois lors de voyages mémorables avec plusieurs éminents représentants de la pneumologie. Quels projets ? me demandez-vous. J'ai envie de répondre : rattraper le temps où quelquefois j'ai oublié de vivre... Voyager. Jouir du spectacle du monde

et de l'amitié. Transmettre à mes petits-enfants... Lire, lire encore... Et écrire, selon la formule de Borges, pour quelques amis et pour adoucir le cours du temps.

***Comment avez-vous vécu votre entrée à l'Académie de Médecine ? Quelle est votre mission au sein de cette institution ? Pouvez-vous évoquer pour nous cet environnement et son rôle exact ?***

Mon élection comme membre correspondant de l'Académie de Médecine je l'ai vécue bien sûr comme un grand honneur et un privilège. On rencontre à l'Académie des personnalités éminentes de la médecine, qu'il s'agisse d'académiciens ou d'orateurs invités. C'est ainsi que j'ai récemment assisté à une séance où est intervenu Christian de Duve, prix Nobel de médecine, nonagénaire d'une haute distinction exprimant avec simplicité et élégance une pensée complexe sur le vivant. Quand je peux me rendre à Paris j'assiste aux séances. Je suis inscrit à un groupe de travail en infectiologie où je dois le reconnaître je ne suis pas assez assidu.

***Sans indiscretion, quel intérêt portez-vous à la chose culturelle ou plus généralement à ce qu'on appelle « la Culture » ?***

La culture n'est pas seulement ce qui reste quand on a tout oublié, c'est aussi une façon agréable de mesurer son ignorance. En marge de la médecine je me suis donc employé avec une curiosité jamais rassasiée à étendre le champ de mon ignorance, en dilettante c'est-à-dire en amateur qui se délecte, dans les domaines les plus divers, mais avec une prédilection pour la littérature. Fernando Pessoa, le grand écrivain portugais, disait que la littérature est la preuve que la vie ne suffit pas. En marge de mon métier, des voyages que j'ai faits et des amitiés nombreuses que j'ai eu le privilège de contracter, j'ai ainsi élargi depuis mon adolescence le champ de ma vie. Doublement. Dans l'imaginaire, et dans la compagnie de ces amis un peu abstraits que sont les écrivains et leurs personnages. Comme le chantait si bien Serge Reggiani : je ne suis jamais seul.

***Il semble que vous ayez eu une vie bien remplie, en avez-vous retiré une devise ou une philosophie de vie ?***

Paul Morand disait qu'il avait pour devise : « vite et mal ». Je crains quand je fais un retour sur ma vie d'avoir appliqué cette devise à mon insu. Mais au vrai je me reconnais davantage dans ce quatrain de La Fontaine :

*J'aime le jeu, l'amour, les livres, la musique,  
La ville et la campagne, enfin tout ; il n'est rien  
Qui ne me soit souverain bien  
Jusqu'au sombre plaisir d'un cœur mélancolique.*

## LE BALLET DU CAPITOLE DE TOULOUSE

Le Docteur Anne Marie Salandini a interviewé Nanette Glushahk, directrice du Ballet du Capitole de Toulouse et Michel Rahn, ancien danseur étoile, chorégraphe et professeur de danse au Ballet du Capitole.

### ■ Nanette GLUSHAHK

*Nanette Glushahk vous êtes new-yorkaise, vous avez dansé sur les scènes les plus prestigieuses du monde, comment une étoile devient-elle directrice du ballet du Capitole de Toulouse?*

**N.G :** Après une carrière aux États-Unis comme danseuse étoile, j'ai dirigé avec mon mari le Dallas-Fort-Worth Ballet et le Ballet d'Ecosse. Je suis répétiteur du Trust Balanchine ce qui m'amène à voyager dans le monde entier. C'est ainsi j'ai été invitée à Toulouse. À l'époque, il n'y avait pas de véritable compagnie il s'agissait d'une compagnie d'opérette qui fonctionnait avec des artistes invités. Nicolas Joël m'a demandé de créer un ballet de bon niveau. Au début, j'ai hésité puis, nous nous sommes installés à Toulouse.

*Comment expliquez-vous la fidélité du public toulousain?*

**N.G :** Au début de notre arrivée il n'y avait pas vraiment un public pour la danse. Petit à petit, nous avons changé la façon de travailler. Nous avons créé une véritable compagnie. Sans de bons danseurs on ne peut pas avoir un grand répertoire.

Après trois mois de travail intensif, en 1994, on a eu un succès énorme. Au début, j'ai choisi volontairement des ballets classiques « des valeurs sûres », on ne pouvait pas prendre de risques ; progressivement, par contre, on a changé le répertoire. À côté des grands classiques comme Gisèle, la Belle au Bois Dormant, le Lac des Cygnes... on a commencé à introduire des programmes mixtes. Les programmes mixtes sont beaucoup plus intéressants pour l'artiste, on mélange des styles différents et des chorégraphes différents.

Nous avons progressé par touches successives. Nous avons commencé à proposer des oeuvres moins connues. C'est ainsi que le public s'est fidélisé. Il est venu pour voir la compagnie et pas exclusivement le répertoire classique. Parfois, le public revient pour revoir un spectacle qui a déjà été présenté quelques années avant. Il revient pour voir une autre distribution avec les nouveaux danseurs, peu importe le programme. Aujourd'hui, nous jouons à guichets fermés y compris pour les programmes mixtes. Il y a cependant encore des spectacles qui n'ont jamais été présentés. Dans certaines villes comme Paris, Londres ou New York on



peut prendre plus de risques, on a plus de liberté car, il y a un public pour ce type de ballet.

Le Ballet du Capitole est très connu dans le monde de la danse pour ses qualités et son programme.

On a convaincu le public que nous sommes des danseurs de haut niveau et que notre répertoire est prestigieux. Le public a réalisé la valeur de la compagnie.

### *Parlez nous de votre compagnie*

**N.G :** Notre troupe comporte 19 danseuses et 16 danseurs. Ceci représente dix nationalités différentes ce qui est très intéressant. On parle toutes les langues. La plupart des danseurs parlent 3 à 4 langues car ils ont souvent travaillé avec d'autres compagnies à l'étranger. Les espagnols, les Brésiliens et les Russes sont des «hard blooded», ils entraînent les autres. Nous avons

aussi des Vietnamiens, des Suédois, des Chinois, des Français etc. L'ambiance est très bonne. Tout le monde aide tout le monde, nous sommes une vraie famille. Les danseurs ont compris comment on exprime son corps individuellement. On travaille tous les jours comme si c'était le dernier jour de notre vie.

Nous avons une discipline fantastique que l'on trouve difficilement dans les compagnies actuelles y compris les plus grandes. La compagnie, ayant une bonne réputation, certains danseurs qui sont dans des compagnies prestigieuses nous rejoignent à cause de notre répertoire. Nous avons dansé en Italie, Espagne, Ukraine, USA, Chine, Pologne....

Mon travail, est de repérer le futur grand danseur tant au plan physique qu'artistique. C'est notre façon de danser qui fait la compagnie. C'est comme pour une équipe de football. Pour faire une bonne équipe ou une bonne compagnie il faut un bon coach. Je suis très fière de mes danseurs, ils sont magnifiques.

***La danse classique comporte des sacrifices, des privations.. comment gère-t-on tout cela ?***

**N.G :** La réponse à cette question est extrêmement simple. Vu de l'extérieur, on peut en effet parler de sacrifice mais pour un danseur, la danse est une obsession, elle fait partie de notre vie, en dehors de la danse, rien n'a de la valeur ou de l'intérêt. Il n'y a rigoureusement aucun sacrifice.

Je suis rentrée chez Balanchine à 15 ans et demi et je ne pouvais rien envisager de plus beau. J'ai d'emblée fait des tournées dans le monde entier et tout le reste n'avait aucune importance. La carrière d'un danseur étoile est de brève durée, la danse est une idée fixe depuis le plus jeune âge. L'adolescence se passe autrement, il n'y a pas de place pour les sorties, les autres activités sportives ou ludiques. On vit tout simplement autrement, il n'y a jamais de regrets ou d'amertume car, la danse résume notre vie.

***L'excès d'activités sportives sur un organisme en cours de croissance peut générer des retards de croissance ou des troubles des règles ; qu'en pensez-vous ?***

**N.G :** À ma connaissance, ce n'est pas la règle. Par contre, il y a des cas exceptionnels qui travaillent à l'excès ce qui est tout à fait néfaste. Une bonne école de danse n'accepte pas les enfants avant l'âge de huit ans. Il faut que le corps soit suffisamment développé. Les quelques cas que j'ai rencontrés qui présentaient soit des retards de croissance soit une maigreur extrême faisaient trop d'entraînement associé à des régimes alimentaires anarchiques.

Pour être un bon danseur il faut aussi avoir un bon équilibre psychologique surtout pour survivre à une carrière difficile, intense mais de courte durée. Bien sûr, il y a

des cas exceptionnels qui arrivent à exprimer leur personnalité parfois border line dans leur art et qui sont des danseurs extraordinaires.

***Comment peut-on concilier une vie de danseuse et de femme, de mère ?***

**N.G :** Il s'agit d'un compromis qui est très personnel, individuel. Personnellement, je ne pouvais pas gérer la danse et la maternité. Pour faire 200 spectacles par an dans le monde entier, il faut une énergie, une motivation, une véritable obsession qui ne laisse pas la place à un enfant. Certaines étoiles ont des enfants mais, souvent, elles ne peuvent pas s'en occuper. Certaines reprennent après leur accouchement dans le délai légal. Cependant, parfois, elles n'ont plus la même passion et la même motivation. En Amérique, il n'y a aucune sécurité et une danseuse qui s'absente est immédiatement remplacée. En Europe et surtout en France c'est beaucoup plus facile. Elles ont davantage de sécurité. Cependant, souvent, elles ne font pas la même carrière. J'ai eu ma fille à 40 ans, cela m'a donné une nouvelle vie, j'ai pu me consacrer à elle. Finalement, j'ai été comblée.

***Si une adolescente vous demandait un conseil pour devenir danseuse professionnelle que répondriez vous ?***

**N.G :** À l'adolescence c'est déjà trop tard. On décide d'être professionnel à 8 ans. Les garçons commencent souvent plus tardivement, l'âge de début est assez variable pour eux. Les grandes écoles font une évaluation à l'âge de douze ans. Vers 12 ou 13 ans parfois les filles quittent la danse pour diverses raisons mais surtout si elles prennent du poids.

Tous les directeurs cherchent la même chose : un corps magnifique, un coup de pied exceptionnel, une musicalité et du talent. Le physique est important mais ça ne suffit pas, il faut de la passion, de la détermination et surtout du talent et encore du talent.

Merci Nanette Glushahk. Nous prenons rendez-vous pour vos prochains spectacles au théâtre Capitole de Toulouse :

*Ballet II Balanchine/ Kylian/Van Cauwenbergh en janvier 2007*

*Ballet III Casse noisette Tchaikovsky février 2007*

*Ballet IV Paganini/ Sync/ Scenes de force avril 2007*

## ■ Michel RAHN autour du corps et dans la danse

**Michel RAHN**, vous êtes ancien danseur étoile, professeur de danse au Ballet du Capitole de Toulouse mais aussi chorégraphe. Cette dernière activité vous a entre autres permis d'écrire une superbe interprétation de *L'oiseau de feu* de Stravinsky.

**Pouvez-vous à cet égard nous dire où commence selon vous la chorégraphie ?**

**M.R :** Avant tout il y a la musique. Celle-ci constitue le prélude à tout mouvement. Cela pourrait paraître une banalité mais ne l'est pas. La musique est le sol, elle est le fondement mais un fondement moins solide qu'éthéré. Elle reste en ce sens aérienne, circulatoire comme venant d'un ailleurs mais elle soutient cependant. C'est une idée abstraite, je le conçois, mais retenons qu'elle est pour nous danseurs le paradoxe d'un sol en mouvement. Elle est soutien et rupture. La danse, elle, se construit dans l'espace là où la mélodie se déploie dans le temps. Celle-ci se donne en quelque sorte comme un retour sur terre de l'exigence d'un démembrement, d'une libération de toute imposition de lourdeurs et de chaînes. Un appel lancé vers l'inflexion du cours usuel des choses, de tout ce qui enchaîne, retient, maintient, oppresse, tel est l'enjeu de ces deux arts conjoints. Musique et danse participent en ce sens d'un même élan de libération. Ces deux déesses sont – tout au moins dans l'art chorégraphique – comme deux jumelles inséparables mais dissemblables cependant. Elles sont soudées, complémentaires, inextricablement liées. « Voir la musique et entendre la danse » disait Balanchine : peut-être est-ce là, dans l'inversion, le nœud, le lien de leur conjoint fondement.

**Cependant il existe bien des chorégraphies sans musique, ou plutôt des chorégraphies en silence.**

**M.R :** Il existe en effet des chorégraphies du silence mais cela ne veut en rien dire qu'il s'agisse là d'expériences *a-musicales*. C'est justement une illusion dont il faut se défaire : musique et silence ne s'opposent pas. Au contraire, celui-ci n'est que pause ou ponctuation de l'écriture de celui-là. Il est respiration, prélude, matière et suspens. Le danseur, à sa manière, verra en lui une occasion de mise en mouvement de son corps, de *dialogue*. Il est d'ailleurs étonnant de voir à quel point le silence est une chose rare, c'est dire sa valeur et sa nature musicale. J'ai une fois marché pendant plus d'une heure sans lumière ni repère au milieu d'un désert blanc en quête de ce silence, de ce lieu essentiel, de cette page blanche. Au bout du compte, je vous l'assure,



l'espace devient musique lui-même, il danse... (Rires). Le corps à sa manière interprète le silence. Il lui donne le relief de ses formes intimes. C'est cela même la danse, une expression renouvelée du vaste et des possibles.

**Mais justement la chorégraphie, elle-même, que nous dit-elle, quelle est sa langue ?**

**M.R :** La chorégraphie consiste en l'écriture du corps et de ses gestes. Ceux-ci sont à la danse ce que les notes sont à la musique. L'écriture chorégraphique constitue en ce sens l'expression des corps là où la musique en fournit l'énergie. Tout est dit par les pas, les mouvements, la grâce, l'intuition et le style de son traducteur. Émerge alors par le biais de la chorégraphie une foule de détails qui, dans le fond, ne dénature en rien la partition mais cependant la tire et la reforme. Tout était là, mais comme en germe : ni tout à fait comme ceci, ni tout à fait comme cela. Les chorégraphes sont ces explorateurs de formes tentant de s'insinuer dans les méandres mêmes de la trame musicale. Chacun d'eux est en fait un type étrange oscillant entre lecture et réécriture de la partition. Ni exégète, ni même critique

ou fabulateur celui-ci tire de la partition ce que sa vision d'artiste lui permet d'ajouter. Il est ainsi facteur de transfiguration, en ce sens qu'il interprète la matière dont il s'investit tout en la célébrant. Chaque chorégraphe possède sa touche, sa manière de lire et de relier. Personne ne peut en effet confondre deux productions émanant de deux grands chorégraphes sur une même partition. C'est dire la capacité en chacun à recevoir la matière musicale afin de la faire sienne. La langue chorégraphique se donne en ce sens comme celle de la musique elle-même replacée sur la scène des corps. Non que la musique soit abstraite ou immatérielle et qu'elle ait besoin en conséquence de la matière du danseur. Cependant la langue chorégraphique a ceci de particulier qu'elle doit s'écrire non envers mais dans les lois du corps, ce qui n'est pas le cas de la musique. Certains mouvements doivent être alors considérés comme impossibles. Ainsi une grande part de l'art chorégraphique consiste à dépasser les limites physiques non par la rupture mais par la grâce. Ici nous retrouvons, à l'échelle des corps et de leur langue, le facteur de transfiguration dont nous parlions.

#### *Et les danseurs dans tout ça ?*

**M.R** : Les danseurs bien sûr occupent une place considérable. Il suffit afin de le démontrer de prendre l'exemple d'une des productions de *La mégère apprivoisée* créée pour un couple de danseurs, Maria Hayde et Richard Greaigen. Ceux-ci ayant un tel talent avaient suscité à l'époque une production reposant principalement sur l'adéquation de leurs personnalités. De ce genre d'association ressortent les grands spectacles : ceux là même qui nous marquent et nous poursuivent à jamais. L'importance des solistes est majeure et fait le meilleur sol des grands ballets. Cependant, le talent et la personnalité de ces derniers ne résument pas les ingrédients d'une bonne chorégraphie. Il est en effet très important de concevoir la chorégraphie comme contexte et ensemble de relation. Tout ce qui gravite autour des solistes – interprétation musicale, histoire initiale, support du corps de ballet, implication scénique et théâtrale de l'ensemble des éléments – participe de l'expression globale. La beauté du spectacle ne dépend donc pas tout entière de l'éclat des danseurs. L'alchimie du ballet repose sur un équilibre intérieur. Un geste à peine esquissé, un regard, la moindre expression, le moindre détail recèlent ici leur importance. A l'échelle du ballet, le danseur ne constitue guère plus qu'un instrument d'exécution. Je ne voudrais pas être mal compris : il est bien entendu que les danseurs constituent la part visible du spectacle ; cependant, si le corps du danseur s'anime sur scène et retient l'attention, ce n'est qu'en fonction de ce qui l'y pousse et le nourrit. Aussi, par instrument d'exécution j'entends que le danseur se

met ainsi au service de l'écriture chorégraphique. Un grand danseur serait comparable à un superbe instrument de musique tel un stradivarius. Celui-ci a son galbe, son timbre, sa couleur mais se détache avant tout par son sérieux, son aptitude à sonner juste, à envoûter par sa tenue. Il est, en somme, une corde vocale capable de vibrer en se faisant l'écho parfait de ce qui fait le chant chorégraphique.

*Nous voyons bien ici en quoi le ballet semble une organisation très précise. Ne pensez-vous pas qu'il soit nécessaire au spectateur d'avoir une certaine connaissance de ces codes et de cette rigueur dans l'ordre de la répartition des rôles et des phases d'élaboration ? En d'autres termes, faut-il selon vous connaître l'arrière plan du ballet quel qu'il soit pour en apprécier l'expression ?*

**M.R** : Je ne pense pas que le public doive se soucier de la genèse du ballet. Chaque spectateur doit pouvoir s'asseoir et jouir de manière simple et immédiate du spectacle qui lui est donné. L'absence de renseignement sur l'arrière plan narratif, par exemple, ne doit en rien perturber son accueil. Tout est là, *sur la scène*. Le spectateur est un voyageur et ne doit rien savoir du travail généré par la troupe. De la même manière que l'importance des solistes doit se fondre dans l'alchimie générale du ballet, toute la tension, les larmes et la sueur doivent aussi s'effacer. C'est là le fond de la justesse. Chacun des mouvements produits par le ballet signifie dans l'instant même de sa réception et n'appelle en ce sens aucune anticipation du public. Avec notre Compagnie, nous insistons pour que chaque geste atteigne la juste ampleur, la forme la plus subtile et ciselée mais l'exigence est claire : produire sur la scène la grâce d'une figure spontanée. Le travail de maturation est pour nous une évidence mais ne concerne en rien le spectateur. Si nous travaillons tant, c'est en quelque sorte pour abolir jusqu'au plus petit signe de peine et de pugnacité. La distance entre le public et la compagnie doit être ainsi réduite à l'infini. La scène doit être ce lieu d'échange, voire de mélange, d'identification. J'aurai dès lors envie de dire : Oubliez – spectateurs – ce que ce vous êtes, des spectateurs. Venez donc au spectacle, installez-vous, fermez les yeux, ouvrez-les puis.... *dansez*.

*Merci Michel Rahn.*

*Propos recueillis par Anne-Marie Salandini*



## LES LIVRES



***Le monde Sépharade : Histoire et Civilisation*** sous la direction de Shmuel Trigano (Editions du Seuil), tome I -1001 pages ; tome II-810 pages.

En dépit des recherches universitaires entreprises depuis 1970, il n'existait pas encore d'étude systématique de l'histoire et de la civilisation du monde sépharade. Le présent ouvrage contribuera à combler cette lacune et à donner dans *le premier volume* une vue d'ensemble raisonnée, structurée et cohérente de l'histoire d'un univers multiforme et extrêmement étendu sur le plan géographique. *Le second volume*, axé sur la culture, rassemble une série de chapitres sur les productions culturelles et religieuses et sur les institutions politiques et éducatives. Les grandes œuvres évoquées dans ces pages attestent de la durable vitalité et de la créativité singulière du monde sépharade.



***A hauteur d'Hommes*** de Patrick De Wilde (Editions de La Martinière).

Patrick De Wilde parcourt le monde depuis 25 ans avec son appareil photographique. Dans des conditions souvent précaires et parfois cocasses, il a tiré le portrait de milliers d'hommes et de femmes dans de nombreux pays dont l'Afrique du Sud, la Birmanie, l'Ethiopie, le Nagaland, l'Ouzbékistan, le Pérou et le Tibet. Au cours de ces face-à-face, le photographe a saisi la tendresse, la dignité, l'élégance, la gaîté de chaque individu, participant ainsi à la composition d'un paysage humain singulier et étonnant.



***Paul Rohmer, une vie au service de l'enfance*** de Florent Grange (Le Verger Editeur), 240 pages.

Florent Grange, professeur des universités, praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire de Reims est l'arrière-petit-fils de Paul Rohmer (1876-1977). Captivé par le parcours professionnel et personnel d'un des plus éminents pédiatres du vingtième siècle, il signe ici une biographie passionnante, l'itinéraire d'un homme hors du commun à travers un siècle bouleversé où l'émotion n'est jamais absente. Contemporain de Robert Debré, il fut le pionnier de la lutte contre les grandes maladies infectieuses, de la tuberculose et de la mortalité infantile. Professeur de renommée internationale, il a accueilli des étudiants du monde entier, devenus dans leur pays des maîtres de la pédiatrie. Cette passion d'avant-garde qu'eut Paul Rohmer pour le nourrisson, le nouveau-né et le prématuré jettera les fondements de ce qui deviendra après 1945 la Protection Maternelle et Infantile.



***La saveur du monde : une anthropologie des sens*** de David Le Breton (Métaillé Editeur), 456 pages.

Tout comme il y a un paysage, un son, une saveur, un parfum, un contact, une caresse pour déplier le sentiment de la présence et aviver une conscience de soi, David Le Breton explore les sens, tous nos sens, comme pensée du monde. Cette fois l'anthropologue se laisse immerger dans le monde afin d'être dedans et non devant. Il nous montre que l'individu ne prend conscience de soi qu'à travers le senti, qu'il éprouve son existence par des résonances sensorielles et perceptives. Ainsi tout homme chemine dans un univers sensoriel lié à ce que sa culture et son histoire personnelle ont fait son éducation, chaque société dessinant une 'organisation sensorielle' qui lui est propre. Percevoir les couleurs est un apprentissage autant que d'entendre et de voir. Toucher, palper, sentir dans l'étreinte ou la souffrance, c'est faire affleurer la peau et la pensée dans la concrétude des choses, c'est aussi se sentir, goûter et parfois même être dégouté.



***Du côté des vivants*** de Serge Moati (Editions Fayard), 506 pages.

Un homme d'aujourd'hui à qui tout semble réussir s'effondre brusquement. La dépression l'emporte, une brutale solitude l'étreint. C'est une bataille qui commence. Tout le renvoie à la « Villa Jasmin » de son enfance. Ce retour au pays natal est peut-être la clé de sa guérison. Tout l'y ramène : Tunis dans les années 50, la Tunisie lancée dans l'âpre conquête de l'Indépendance, la déchirure du départ et, surtout, la mort de ses parents à l'aube de ses onze ans. « Quand tu ne sais pas, invente », lui répétait son père. Alors, Serge joue avec la vérité et le mensonge, mêlant la colère et les larmes, le rire à l'émotion. Il se réconcilie avec ses démons, chevauche et apprivoise ses cauchemars, et découvre, au bout du chemin, son immense appétit de vivre. Débutée entre deux rives, sa quête initiatique, sorte de traversée à la fois tragique et truculente du siècle, lui fera choisir le côté des vivants.

## NOUVELLE : LES CROISSANTS

**Dr Jacques POUYMAYOU**

Anesthésie-Réanimation - Toulouse

Au matin du 14 juillet 1683, les Viennois voient leur ville de nouveau assiégée par l'armée turque forte de plus de 100 000 hommes. Leur souverain s'est piteusement enfui laissant la défense de la place, puissamment fortifiée il est vrai, au comte E. Von Stahremberg et à ses troupes peu nombreuses au demeurant. En face, l'armée ottomane est commandée par le grand vizir Kara Mustapha et non par le Grand Turc en personne comme lors du précédent siège un siècle et demi plus tôt.

A l'époque, Soliman le Magnifique « Ombre de Dieu sur Terre » était redouté et rien ne semblait pouvoir lui résister. Pourtant ce premier siège allait se solder par une catastrophe pour l'armée de l'empire Ottoman. Arrivés tardivement le 27 septembre 1529 devant une place forte solide, bien préparée et abondamment provisionnée, les assaillants avaient subi de lourdes pertes lors de l'assaut hâtif. Affamés par la stratégie autrichienne de la terre brûlée, mal ravitaillés du fait de l'étirement de leurs voies de communication, surpris par l'arrivée des pluies d'automne et démunis devant le refroidissement précoce, les forces turques s'étaient vues contraintes de lever le siège le 16 octobre, au grand dam de leur souverain pourtant l'un des souverains les plus puissants du monde connu, et le plus grand de tous les souverains Ottomans. Leur retraite se transformera en désastre sous l'action conjuguée des troupes chrétiennes lancées à leur poursuite, des difficultés de ravitaillement et de l'aggravation des conditions climatiques. On comprend pourquoi le successeur de Soliman n'avait pas tenu à diriger en personne une entreprise qui lui vaudrait de toutes les façons la gloire en cas de réussite mais dont la responsabilité de l'échec pourrait sans problème être imputée à l'incurie du grand vizir.

En cet été 1683 les troupes d'assaut de l'armée turque parmi lesquelles les redoutables Janissaires attendent patiemment d'être engagés dans les brèches que les sapeurs doivent pratiquer dans les murailles. Car Vienne est solidement fortifiée derrière ses remparts devant lesquels on a pris soin de tout raser, réalisant un glacis sur

lequel il est mortel de s'engager. Il revient donc aux sapeurs de préparer le terrain. En effet, l'artillerie n'étant pas suffisante pour abattre les murailles, les assaillants en sont réduits à creuser, jour et nuit, des sapes pour tenter d'atteindre la base des murailles et déposer une mine. Ces étroits boyaux cheminent sur des centaines de mètres sous le glacis afin de surprendre les défenseurs.

Les assiégés, bien sur, tentent de repérer leur trajet et de creuser à leur tour une contre sape et de faire effondrer le tout, de préférence sur les occupants adverses. Mais, pour cela, il faut en permanence ausculter la terre et déceler tout bruit suspect, le long de la muraille. Les soldats de la garnison sont trop peu nombreux pour assurer cette tâche en sus de leur présence aux postes de combat sur les remparts. Les boulangers et les pâtisseries viennois, travailleurs nocturnes dans leurs boutiques situées contre la muraille seront les oreilles de la ville. Ils repèreront les premiers, dans le silence de la nuit, le bruit fait par les sapeurs turcs, permettant la localisation et la destruction des tunnels avant que ces derniers n'atteignent les fondations de la muraille.

Le 12 septembre 1683, après 60 jours de siège, la ville est libérée par l'armée Européenne commandée par le roi de Pologne, Jean Sobiesky. Le grand Vizir n'a jamais pu engager ses troupes d'élites qui lui auraient assuré la prise de Vienne, n'ayant pu créer de brèche dans la muraille. Les boulangers avaient sauvé leur capitale !

Pour commémorer cet événement, ils façonnèrent une brioche spécialement créée pour l'occasion, laquelle imitait la forme de l'insigne de l'armée turque : le croissant. Et depuis, le succès de cette Viennoiserie ne s'est jamais démenti, mais par pitié, messieurs les pâtisseries cessez de leur donner n'importe quelle forme ! Le vrai croissant a la forme d'un C avec des cornes bien marquées. Vous savez maintenant pourquoi.

L'histoire ne dit pas si le malheureux Kara Mustapha eut le loisir d'apprécier cette « viennoiserie ». A peine revenu au pays, le sultan Mehmet IV lui délégua un Janissaire porteur du sinistre lacet de cuir, et sa tête fut exposée sur la « pierre d'exemple », à l'entrée du palais de Topkapi. Malheur au vaincu.

## CINEMA : LE BURLESQUE CONTEMPORAIN DES FRERES FARRELLY

**Stéphane SOUCHU**

Critique de cinéma

Depuis le milieu des années 90, les films des frères Farrelly viennent mettre un peu de pagaille dans le système policé de la comédie américaine. Non pas que le genre ait jamais rechigné à faire dans l'énormité comique. Mais malgré sa grande diversité, il est rare qu'il parvienne à repousser sensiblement ses propres limites, en opérant un décalage par rapport aux schémas domestiques et parodiques qui sont son ordinaire.

Dès leur 1<sup>er</sup> film en 1994, s'affirmait une forte patte bur-

lesque. *Dumb & Dumber* (littéralement « Crétin et Crétin-plus », interprétés par Jim Carrey et Jeff Daniels) narre la saga de deux idiots en rupture de ban qui, de la Nouvelle Angleterre au Colorado, traversent les USA pour retrouver la jeune femme dont l'un d'eux est tombé follement amoureux. Au sujet de cette résurgence burlesque, on précisera d'abord qu'elle n'est en rien un hommage aux temps premiers du cinéma, ni à ses figures. Qu'elle ne prétend pas non plus renouer ou revivifier une tradition formelle. Plus simplement, deux frères cinéastes filment un couple de personnages contemporains sans âge et sans attaches, englués dans leur disgrâce d'une manière tout à la fois cruelle et comique.

Laid, bête, infantile, pauvres et inadaptés : révélés par le cinéma comme des hommes infâmes.

C'est une définition *a minima* du personnage burlesque : il sait faire de son impuissance et de sa maladresse mêmes une forme de compétence, retournant les situations difficiles, transformant les antagonismes et l'adversité en or comique. Définition d'autant plus adéquate avec les Farrelly, que leurs personnages évoluent parfois à la marge (*Dumb et Dumber*, mais aussi Franck dans *Osmosis Jones*, ou Roy dans *Kingpin*). Leurs films s'accommodent souvent d'une dimension sociale, et lointainement autobiographique avec ce premier long-métrage. Comment deux frères de la côte Est, issus des classes populaires sont-ils devenus les réalisateurs de comédies hollywoodiennes à succès? Il y a un effet de miroir entre les cinéastes et leur créatures, et si il arrive à *Dumb et Dumber* de toucher le fond (de l'infortune et de la grossièreté), c'est en toute impudeur et sans jamais désespérer. Toute honte sera donc bue, certes, mais pour le spectateur, et par delà le rire ou la consternation, brille l'obstination des cinéastes à s'imposer coûte que coûte avec ce premier film, même si cela doit être comme les champions du mauvais goût.

Le couple *Dumb & Dumber* est une entité constitutive, une association qui fait corps en vertu de liens mystérieux et inconditionnels. Ce dualisme est l'état premier et naturel du cinéma des Farrelly. Pourquoi ces deux idiots sont-ils ensemble? Question latente et sans réponse, la même qui se pose quand on voit un film de Laurel & Hardy. L'hypothèse homosexuelle étant sans consistance, c'est de leur propre fraternité que les Farrelly semblent avoir fait un socle pour leurs films, en en développant toutes les implications, toutes les acceptions : familiale, duplice, altruiste. Ce positionnement a pour effet un éclatement et une redistribution générale de la question du corps dans leurs films. Les catégories établies par le social s'y fissurent, le strict individualisme s'y relativise. D'autres limites se dessinent, profondes, fusionnelles. Elles sont plutôt inhabituelles pour le cinéma américain.

Dans la fratrie de films que constitue l'oeuvre des Farrelly, *Dumb & Dumber* possède un frère, le film *Deux-en-un* réalisé en 2003. Il met en scène des jumeaux, Bob et Walt (interprétés par Matt Damon et Greg Kinnear), siamois reliés par la hanche. En s'imposant une contrainte délirante, les Farrelly tirent cette fois leur thème fétiche vers l'excellence burlesque. Les deux frères sont collés l'un à l'autre, mais ils n'ont pas pour autant renoncés à des ambitions personnelles et divergentes. L'un est extraverti et dragueur, il veut devenir acteur à Hollywood. L'autre, discret et fragile, entretient une idylle par Internet avec une jeune femme vivant en Californie mais qu'il n'a jamais rencontré. Ils décident donc de quitter leur petite ville du Massachusetts pour s'installer à Los Angeles. Le film joue d'un Impossible sans cesse repoussé, et montre les progrès parallèles accomplis, contre toute attente, vers leurs objectifs respectifs. Il est rythmé par les motifs de l'assomption de l'infirmité, les retours de bâton du réel, et d'énormes subterfuges.

Le corps fabuleux formé par les deux frères fonctionne à plusieurs vitesses, tantôt sur le mode du «chacun son tour», tantôt comme une combinaison ultra-performante (en machine à fabriquer des hamburgers dans le fast-food dont ils tiennent

boutique, ou dans de drolatiques saynètes sportives). Il met surtout à l'épreuve la mise en scène des Farrelly, cinéastes qui par ailleurs ne se distinguent pas par leurs audaces de style. Dans ce film, le schéma inouï d'une intimité forcée emprunte de solidarité indéfectible, se règle sur le mode d'un pragmatisme forcené et d'un aveuglement volontaire (un autre thème de prédilection chez ces réalisateurs). Et se soutient, sentimentalement, d'une belle délicatesse.

A un tout autre niveau, les Farrelly ont été les zélés d'un corps burlesque « psychologisé », en particulier avec *Fou d'Irène* en 2000. Il fallait pour cela en repasser par Jim Carrey, qui représente à lui seul ce néo-burlesque schizophrénique qui a fait les grandes heures du cinéma populaire américain de ces 12 dernières années. Dans *Fou d'Irène*, il est Charlie, motard dans la police. Charlie, par trop débonnaire, est la risée de la petite ville de Rhodes Island où il habite. Incapable de trouver en soi les ressources d'agressivité nécessaire à faire cesser les humiliations, il développe brusquement une double personnalité. Dès lors Charlie se transforme sporadiquement en Hank, énergumène pervers et tornade comique. Mais Charlie veut reprendre le contrôle sur son propre corps, et une lutte s'engage entre les deux.

Carrey, spécialiste du dédoublement, fait du corps de Charlie la surface où s'enregistre une furieuse lutte intérieure. Exubérant et gesticulant, paré de 1000 masques successifs. En outre, Charlie a un parent névrotique dans la filmographie des Farrelly : Ted, interprété par Ben Stiller dans *Mary à tout prix* (1998). Complexé, persécuté, Stiller oppose au style débridé de Carrey un corps différent, soumis à de brusques arrêts et à des blocages. Un comique de situation plutôt que de performance révèle ici un autre type de clivage. Mais n'en est pas moins irrésistible.

Deux frères forment un seul corps. Un corps unique est habité par 2 personnalités : le comique chez les Farrelly se renforce en se délitant. Mais il faut aussi compter avec le corps de la communauté, qui dans *Deux-en-un* forme autour des siamois un bloc solidaire. En son sein, Bob et Walt n'ont plus grand-chose de siamois. Ils sont avant tout des frères, ce qui signifie au sein d'une société fraternelle, avoir toujours quelqu'un près de soi qui vous conseille et vous soutient en toute réciprocité.

Munis de ce viatique naïf et généreux, les Farrelly produisent un cinéma qui se refuse de focaliser exclusivement sur les corps beaux et désirables. Les proscrits de l'image pour cause de déficience corporelle (handicapés, obèses, disgracieux etc...) surgissent aux quatre coins de leurs films, convoqués pour un simple tour de piste, ou plus (*L'Amour extra-large*, 2001). La cruauté cinglante dont les réalisateurs ne se départent jamais met cependant leurs films à l'abri de la mièvrerie. Il s'agit de faire rire, et de composer – tentative utopique – une synthèse imaginaire alternative de l'Amérique d'aujourd'hui. Ainsi les Farrelly creusent-ils leur voie, insolite et sentimentale.

Le prochain film des Farrelly, *The Heartbreak Kid* avec Ben Stiller, est annoncé pour 2007.

## COMMENT SUIS-JE VENU À LA PEINTURE ?

**Dr Henri OBADIA**

Cardiologue - Toulouse

Au cours d'une visite de musée, il y a une quinzaine d'années environ, je me suis arrêté devant un tableau représentant une scène d'alpage : un berger devant, suivi d'un troupeau de moutons, dans une perspective esthétique agréable. M'approchant de plus près, je n'aperçois plus que des taches de couleur, aucun dessin précis, des taches !! Plus tard, même constatation, avec les dentelles bordant les manches des personnages de Franz Hals... J'étais fasciné par la capacité de l'œil à construire l'image et par l'artiste, capable de nous transmettre une telle construction... J'ai eu envie d'essayer.

Rien dans mon milieu familial ne me destinait à une telle aventure. L'art était loin d'être le sujet de nos préoccupations. Aucune œuvre d'art, aucune peinture ne décorait nos murs. J'avais cependant, sous les yeux, l'art « vivant » qu'on appellerait aujourd'hui dans l'art contemporain, « *installation* », en l'occurrence, « La table de ma mère les soirs de fête. » C'est probablement ainsi que se sont associées, dans mon inconscient : Couleur, Fête et Peinture...

Me voilà donc lancé studieusement, laborieusement : livres de dessins, de peinture, exercices faits et refaits avec beaucoup d'opiniâtreté, aquarelle, pas assez transparente, peinture à l'huile, mieux, copie des maîtres hollandais surtout, mais copie toujours, de mieux en mieux il est vrai, visites de musées, expositions de peintres contemporains. Insatisfaction car je suis perdu sans modèle !

Un travail important, sous-jacent se fait tout de même, une préparation. Le monde change. On se surprend à regarder un arbre, à l'arrêt d'un feu rouge, comme une jolie femme ! On se dit, que ce vert est lumineux ! Toutes ces nuances en fonction de la lumière, ces formes ; tiens, les feuilles devant, il faudrait les détailler..., et les branches, etc... On se met parfois à trouver le temps des feux rouges trop courts !

Tout ce travail ? Une façon de s'armer de courage pour affronter, un jour, la toile blanche, vide, sans modèle, démarrer et savoir s'arrêter à temps en évitant la catastrophe de dernière minute. Le terrain est mûr.

Feuilletant un jour, un recueil de calligraphie d'un peintre nommé Massoudi, je suis emballé par la liberté qu'il prend avec la calligraphie classique et par ces

lettres superbes, évadées du texte initial, s'envolant littéralement comme un bel oiseau de toutes les couleurs. Je me lance alors dans la calligraphie « libre » donnant aux lettres un bel espace de liberté sans trop savoir que, par reconnaissance, ces lettres que je libérais du joug du texte et de la hiérarchie grammaticale, allaient à leur tour être les artisans de ma liberté.

Calligraphie ? Gros pinceaux d'éponges, gouache, vaste feuille blanche, *lettre* pensée dans sa chorégraphie, cadrée mentalement, exécutée en quelques secondes « comme un mouvement de karaté », réussie si le geste est bon, la dilution correcte, le papier bien choisi, etc... Un gros risque, un défi permanent, compte tenu des facteurs en jeu, un rapide et grand bonheur quand c'est réussi... Après cette expérience, j'ai enfin osé créer, exprimer mon ressenti.

Abandonnant mes premiers sujets d'étude j'ai abordé le *pastel*, une technique qui me convient le mieux et qui m'a permis de m'épanouir. Le contact manuel avec la toile, l'aspect « velouté » du rendu, la sensualité qu'elle exprime m'ont séduit. C'est une sensation magique de « caresser » une toile absolument plane et de voir naître sous ses doigts un fruit sphérique, par exemple, modelé en trois dimensions par l'effet du mouvement donné, de la couleur, de la lumière.

Progressivement, des « Natures mortes », j'ai glissé vers le mouvement, le bruit, les odeurs et, c'est ainsi, que *Places* et *Marchés*, symbole du rassemblement, de la convivialité et de la fête se sont imposés à moi.

Le tableau à faire est construit mentalement, jour après jour, pendant des mois ! Puis vient le passage à l'acte : l'angoisse toujours renouvelée devant la toile vaste et blanche, l'élaboration progressive, le dessin, la masse des couleurs, certains détails... Mais la magie, le vrai passage artistique apparaît souvent au court du dernier quart d'heure ; plus rien n'existe, on entre totalement dans la toile, un autre personnage s'empare de l'œuvre, détruit, rature, reconstruit à grands gestes et, brusquement, c'est fini. « A regret »... On va se quitter avec une interrogation durable entre toile et peintre... Ce petit secret de dernière minute enfoui dans les profondeurs de l'œuvre.